

NOM : **Prénom :**

Date de naissance : **Sexe :** F M

SCOLARISATION :

Classe : école maternelle école élémentaire collège Institution (IME, ITEP, IEM, IES...) à domicile

Nom de l'école ou de l'Institution :

L'enfant bénéficie-t-il d'un Projet Personnel de Scolarisation (P.P.S.) ? (AVS, ASH, ULIS, matériel adapté...) :

oui non ne souhaite pas répondre

Pour garantir la qualité de l'accueil, une rencontre vous sera proposée pour prendre en compte si nécessaire les besoins particuliers et votre enfant

Régime alimentaire : classique végétarien allergies autres troubles, préciser :

A détailler dans la fiche sanitaire si nécessaire

Suivi complémentaire (CAMSP, CMP, CMPP, Hôpital de jour...) :

oui non ne souhaite pas répondre

Pour garantir la qualité de l'accueil, une rencontre vous sera proposée pour prendre en compte si nécessaire les besoins particuliers et votre enfant

Bénéficiaire de l'AEEH (Allocation d'Education de l'Enfant Handicapé) :

oui non ne souhaite pas répondre

Recensement du nombre de bénéficiaires de l'Allocation d'Education de l'Enfant Handicapé à des fins statistiques pour la CAF. Cette valorisation peut permettre selon les situations l'octroi de financement pour améliorer la prise en compte des besoins particuliers de l'enfant dans la structure.

Remarques complémentaires concernant l'enfant :

LA FAMILLE :

Situation de famille : mariés séparés divorcés pacsés veuf(ve) célibataire

RESPONSABLE LÉGAL : Régime social : CAF

MSA

autre :

N° allocataire :

Adresse de facturation :

MERE : PERE :

Adresse : Adresse :

Tel portable : Tel portable :

Email : Email :

Profession/employeur : Profession/employeur :

ASSURANCE MALADIE : Caisse : N° S.S :

Bénéficiez-vous de la Couverture Maladie Universelle? NON OUI

ASSURANCE : Organisme : N° de contrat :

Personnes à joindre en cas d'accident et/ou autorisées à récupérer l'enfant :

NOM, Prénom : Tél :

NOM, Prénom : Tél :

FICHE INDIVIDUELLE DE DÉCLARATION DU RESPONSABLE LÉGAL

Je soussigné(e), responsable légal de l'enfant :

- déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche. J'ai bien pris connaissance qu'en cas d'absence d'observations, de renseignements médicaux, psychologiques... absents ou erronés la responsabilité de la structure serait dérogée.
- j'accepte le règlement intérieur et je m'engage à le respecter.
- je reconnais être informé du projet pédagogique, des programmes d'activités et des moyens de transports utilisés.

J'autorise mon enfant à regagner seul mon domicile. Je précise les conditions de mon autorisation :

J'autorise le personnel d'encadrement à photographier, filmer, mon enfant dans le cadre de ses activités. Les images pourront être utilisées dans le respect de la législation.

J'autorise le personnel responsable à prendre toutes mesures nécessaires (appel parents, médecin, hospitalisation...) rendue nécessaire par l'état de santé de mon enfant.

J'autorise mon enfant à participer aux activités proposées dans le cadre de l'accueil péri et extrascolaire et prendre les moyens de transports utilisés.

J'autorise la Direction du Centre à consulter mon compte CAF ou MSA sur internet

Date : Signature :

DOCUMENTS A JOINDRE à cette fiche : fiche sanitaire de liaison et règlement intérieur signés / assurance responsabilité civile ou extrascolaire en cours de validité / attestation vaccination ou photocopie des vaccins / attestation de droit CPAM ou CMU en cours de validité / justificatif de domicile de moins de 3 mois / attestation de quotient familial CAF ou MSA

Documents facultatifs si nécessaire :

- Si séparation parentale : Ordonnance du Tribunal (autorité parentale, garde d'enfant...)
- Si PAI : Document de Projet d'Accueil Individualisé qui précise ses besoins thérapeutiques
- Si suivi complémentaire : Justificatif précisant pour l'enfant une entrée dans un parcours bilan/intervention précoce ; une prise en charge globale thérapeutique, éducative ou rééducative (PMI, CAMSP, PDPC, CMP, CMPP, CATTP, Hôpital de jour).
- Si PPS : Notification CDAPH - Commission des Droits à l'Autonomie des Personnes Handicapées précisant une orientation (SESSAD, SEA, SEV, SEM, SAFEP) ou un avis favorable pour l'intervention d'un-e AESH y compris sur le temps méridien.
- Si AEEH : Notification précisant l'ouverture des droits à l'AEEH (Allocation d'éducation d'enfant Handicapé)

FICHE SANITAIRE DE LIAISON

CETTE FICHE A ÉTÉ CONÇUE POUR RECUEILLIR LES RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX QUI POURRONT ÊTRE UTILES PENDANT LE SÉJOUR DE L'ENFANT. ELLE ÉVITE DE VOUS DÉMUNIR DE SON CARNET DE SANTÉ.

1. L'ENFANT

NOM : PRENOM :
DATE DE NAISSANCE : SEXE : F M

2. VACCINATIONS (se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccinations de l'enfant).

Vaccins obligatoires	OUI	NON	Dates des derniers rappels	Vaccins recommandés	Dates
Diphtérie				Hépatites B	
Tétanos				Rubéole-Oreillons-Rougeole	
Poliomyélite				Coqueluche	
<u>Ou DT polio</u>				Autres (préciser)	
Ou Tétracocq					
BCG					

Si l'enfant n'a pas les vaccins obligatoires joindre un certificat médical de contre-indication.
Attention : le vaccin anti-tétanique ne présente aucune contre-indication.

3. MALADIES

L'enfant a-t-il déjà eu les maladies suivantes ?

RUBEOLE	VARICELLE	ANGINES	RHUMATISMES	SCARLATINE	COQUELUCHE	OTITES	ROUGEOLE	OREILLONS
OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>

4. LES INFORMATIONS MEDICALES

Votre enfant est-il sujet aux allergies ?

ASTHME OUI NON MEDICAMENTEUSES OUI NON

ALIMENTAIRES OUI NON AUTRES

PRÉCISEZ LA CAUSE DE L'ALLERGIE ET LA CONDUITE À TENIR (si automédication, le signaler)

L'enfant suit-il un traitement médical pendant le séjour ? OUI NON Si oui, joindre une ordonnance récente et les médicaments correspondants (boîtes de médicaments dans leur emballage d'origine marquées au nom de l'enfant avec la notice)
Aucun médicament ne pourra être pris sans ordonnance.

5. SANTE

Indiquez ci-après les difficultés de santé (maladie, accident, crise convulsives, hospitalisation, opération, rééducation) en précisant les dates et les précautions à prendre.

6. RECOMMANDATIONS DES PARENTS

Votre enfant porte-t-il des lentilles, des lunettes, des prothèses auditives, des prothèses dentaires...?

Sait-il nager ? OUI NON

S'il s'agit d'une fille, est-elle réglée ? OUI NON

Mouille-t-il son lit ? OUI NON

Suit-il un régime alimentaire ? OUI NON Si oui, lequel ?

7. RESPONSABLE DE L'ENFANT

NOM : PRENOM :

ADRESSE (pendant le séjour) :

Tél : Mail :

Nom et tél du médecin traitant (facultatif) :

8. AUTORITE PARENTALE

Je soussigné(e), responsable légal de l'enfant, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise le responsable du séjour à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitements médicaux, hospitalisations, interventions chirurgicales) rendues nécessaires par l'état de l'enfant.

DATE : SIGNATURE :

OBSERVATIONS FAITES EN COURS DU SEJOUR PAR LE MEDECIN

.....
.....