



CAF de l'Isère Partenaire financier

Institut de Formation d'Animation et de Conseil  
Etablissement Rhône-Alpes animation  
Année scolaire :

Renseignement sur l'enfant

NOM :	Prénom :
<input type="checkbox"/> Fille	
<input type="checkbox"/> Garçon	
Date de naissance :	Lieu de naissance :
Végétarien :	
<input type="checkbox"/> OUI	
<input type="checkbox"/> NON	

Renseignement sur la famille

<u>Parent 1</u>	
NOM :	Prénom :
Adresse :	
Code Postal :	Ville :
Téléphone :	/
<u>Parent 2</u>	
NOM :	Prénom :
Adresse (si différente) :	
Code Postal :	Ville :
Téléphone :	/
E-mail :	
N°Allocataire CAF :	Quotient familial :

**Autorisations**

J'autorise l'association IFAC à réaliser des prises de vues photographiques, de mon enfant pendant le déroulement de ses activités. Et à les utiliser librement, sans demande ni rémunération, ni droit d'utilisation, pour leurs opérations de développement et de communication quel que soit le support (documents de présentation , brochures, publications, site internet, expositions). Les éventuels commentaires ou légendes accompagnant la reproduction ou la représentation des photographies ne devront pas porter atteintes à ma réputation

- OUI
- NON
- A participer aux activités physiques et sportives
- A participer aux baignades surveillées
- De transport en véhicule de service et car de location
- A partir seul de la structure à la fermeture de l'accueil

J'autorise mon enfant à partir de la structure avec les personnes suivantes (nom, prénom, situation par rapport à l'enfant) :

.....

.....

.....

.....

- J'ai pris connaissance du règlement intérieur disponible sur le site internet ou au secrétariat, et m'engage à le respecter

MINISTERE DE LA JEUNESSE ET DES SPORTS  
FICHE SANITAIRE DE LIAISON DE L'ENFANT

NOM :	Prénom :
-------	----------

Cette fiche permet de recueillir des informations utiles pendant les activités ou séjours organisés par le service Animation Jeunesse

**1- VACCINATIONS** (pas de copie du carnet de santé)

VACCINATIONS OBLIGATOIRES	OUI	NON	DATE DERNIER RAPPEL	VACCINATIONS RECOMMANDES	DATE
Diphthérie				BCG	
Tétanos				Autres (préciser)	
Poliomyélite					
Coqueluche (2018)					
Haemophilus (2018)					
Rubéole-Oreillons-Rougeole (2018)					
Hépatite B (2018)					
Pneumocoque (2018)					
Meningocoque C (2018)					

Si l'enfant n'a pas les vaccinations obligatoires, joindre un certificat médical de contre indication

**2- Renseignements concernant l'enfant**

Suit-il un traitement médical ?

- OUI
- NON

Un PAI (Projet d'Accueil Individualisé ) une AEEH (Allocation d'éducation de l'enfant handicapé) est-il mis en place ? rayer les mentions inutiles

- OUI
- NON

Si oui, joindre une ordonnance / le PAI, récent et les médicaments correspondants

Aucun médicament ne pourra être pris sans ordonnance

L'enfant a-t-il déjà eu les allergies suivantes :

- Asthme OUI / NON
- Alimentaires OUI / NON
- Médicamenteuses OUI / NON

→ Autres (animaux, plantes, pollens ...) OUI / NON

Si oui, précisez la cause de l'allergie, les signes évocateurs et la conduite à tenir (signaler si automédication)

FOURNIR UN CERTIFICAT MEDICAL POUR TOUTES ALLERGIES NECESSITANT UN REGIME ALIMENTAIRE SPECIFIQUE

l'enfant a-t-il déjà eu les maladies suivantes :

Rubéole <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Varicelle <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Angine <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Coqueluche <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Rhumatisme articulaire aigu  <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Oreillons <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Otite <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Rougeole <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Scarlatine <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	

L'enfant présente-t-il un problème de santé particulier qui nécessite la transmission d'informations médicales, des précautions à prendre et des éventuels soins à apporter ?

**3- RECOMMANDATION UTILES**

Port de lunettes, de lentilles, d'appareils dentaires ou auditifs, comportement de l'enfant, difficulté de sommeil, énurésie nocturne :

Je soussigné(e), ..... responsable légal de l'enfant, ....., déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise le responsable à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaire par l'état de l'enfant.

Fais à ..... Le.....

Signature