FICHE INDIVIDUELLE ET CONFIDENTIELLE, DE RENSEIGNEMENTS SANITAIRES

L'ENFANT (Ecrire en majuscule)

NOM : ..... **PRENOM** : .....

Date de naissance : ..... Age : ..... ans Sexe : ☐M ♂ ☐F ♀

Ecole : ..... Classe :.....

VACCINATIONS

☐ **J'atteste que mon enfant satisfait aux obligations de vaccination et joins la copie du carnet de vaccination et/ou un certificat médical**

Pour les mineurs accueillis, seuls sont obligatoires (sauf contre-indication médicale reconnue), les vaccins suivants : Antidiphtérique, antitétanique, antipoliomyélitique. Le BCG n'est quant à lui plus obligatoire depuis 2017.
Important : La loi a rendu obligatoire 11 vaccins pour les enfants nés après le 01/01/2018 :
Coqueluche, hépatite B, rougeole, oreillons, bactérie Haemophilus influenzae, pneumocoque, méningocoque.
La loi n'étant pas rétroactive, elle ne concerne les enfants nés avant cette date.

RENSEIGNEMENTS MEDICAUX

L'enfant suit-il un traitement médical : ☐ **OUI** ☐ **NON**
Si oui : joindre une ordonnance récente et les médicaments
(boîtes de médicaments dans leur emballage d'origine marquées au nom et prénom de l'enfant avec la notice)

Votre enfant a-t-il un dossier MDPH ? : ☐ **OUI** ☐ **NON**
Si oui : joindre une copie de l'attestation AESH

ATTENTION : aucun médicament ne pourra être pris ou donné sans ordonnance

MALADIES								
	Oui	Non		Oui	Non		Oui	Non
Scarlatine			Rubéole			Rhumatismes		
Varicelle			Oreillons			Angine		
Coqueluche			Rougeole			Otite		
ALLERGIES								
	Oui	Non		Oui	Non		Oui	Non
Asthme			Médicaments			Un P.A.I. a-t-il été mis en place pour sa scolarité (si oui : fournir une copie)		
Alimentaires			Autres					

Spécifier les **antécédents médicaux** ou **chirurgicaux** ou **tout autre élément d'ordre médical** considérés par les parents comme **susceptibles d'avoir des répercussions** sur le déroulement du séjour :
.....
.....
.....

Les **difficultés de sante de votre enfant** (accident, crises convulsives, rééducation,) en précisant les dates et les **précautions à prendre** :.....
....

RECOMMANDATIONS UTILES (port de lunettes, prothèses auditives, dentaires, …) :
.....

FICHE INDIVIDUELLE ET CONFIDENTIELLE, DE RENSEIGNEMENTS ADMINISTRATIFS

L'ENFANT (Ecrire en majuscule)

NOM : ..... **PRENOM** : .....

Date de naissance : ..... Age : ..... ans Sexe : ☐ M ☐ F

Ecole : ..... Classe :.....

PHOTO OBLIGATOIRE

RESPONSABLES LEGAUX DE L'ENFANT (cocher la ou les case(s) lorsqu'il s'agit du ou des responsable(s) légal (aux) de l'enfant inscrit)

RESPONSABLE 1 : ☐ PERE ☐ MERE ☐ TUTEUR(RICE)

NOM : ..... Prénom : .....
Adresse : .....
.....
.....
Code Postal : ..... Ville :.....
Profession : .....
Domicile & Travail : .....
Portable : .....
Adresse email : .....

RESPONSABLE 2 : ☐ PERE ☐ MERE ☐ TUTEUR(RICE)

NOM : ..... Prénom : .....
Adresse : .....
.....
.....
Code Postal : .....Ville : .....
Profession : .....
Domicile & Travail : .....
Portable : .....
Adresse email : .....

SITUATION PARENTALE : Mariés ☐ Séparés ☐ Divorcés ☐ Pacsés ☐ Union Libre ☐ Veuf(ve) ☐ Célibataire ☐

Qui a la garde de l'enfant : Le père ☐ La mère ☐ Autre : ☐.....

Si un des parents n'est pas autorisé à récupérer l'enfant, il est impératif de joindre une pièce justificative légale.

PERSONNE(S) AUTORISEE(S) A VENIR CHERCHER L'ENFANT

NOM/PRENOM	TELEPHONE(S)	LIEN AVEC L'ENFANT	PRIORITE

RENSEIGNEMENTS ADMINISTRATIFS

Numéro d'Allocataire : ..... CAF de : ..... Quotient Familial : .....

☐ REGIME GENERAL (Fonction Publique, Secteur privé, ...) ☐ MSA ☐ EDG-GDF-SNCF-RATP-Pêche Maritime

☐ J'autorise l'ODEL à consulter les données sur CAF PRO Nombre d'enfants à charge : ..... Revenu imposable du ménage : .....€

	Responsabilité civile Individuelle accident :	Complémentaire santé (mutuelle) :
Compagnie		
Contrat N°		

AUTORISATIONS PARENTALES

Je soussigné(e),....., Responsable Légal de l'Enfant, ... reconnais avoir rempli la présente fiche, avoir fourni les documents obligatoires et certifie exact les renseignements fournis et :

- J'autorise l'utilisation des données personnelles pour : ☐ SMS ☐ MAIL
- J'autorise mon enfant à participer à toutes les activités de l'accueil de loisirs ODEL,
- Je m'engage à informer par écrit l'Accueil de Loisirs de toute modification qui surviendrait en cours d'année,

Je déclare avoir pris connaissance du projet éducatif de l'organisateur, des conditions de réalisation (spécifiques pour chaque activité) et du Règlement Intérieur.

☐ Attestation d'assurance extra-scolaire et responsabilité civile
☐ Si besoin : Jugement de divorce ou de séparation
☐ Attestation CAF (quotient familial et les prestations perçues)
☐ Justificatif de domicile et/ou justificatif de domicile

Lu et approuvé	Date	Signature