# FICHE INDIVIDUELLE DE RENSEIGNEMENTS DE L'ENFANT

## IDENTITE

**Nom :** _____

**Prénom :** _____ **Sexe** ☐ **Masculin** ☐ **Féminin**

**Date de naissance** _____ **Lieu de naissance** _____

## AUTORISATIONS ET DECHARGES

| | |
|---|---|
| **Droit à l'image** : Nous donnons notre consentement, sans limitation de durée à la prise d'image et diffusion de l'image de notre enfant, à titre gratuit, dans le cadre de reportages, d'articles portant sur les animations réalisées dans les différentes structures | ☐ Oui<br>☐ Non |
| **Partir seul :** Si vous souhaitez que votre enfant quitte la structure seul, ou accompagné d'un mineur la structure, une autorisation parentale datée et signée est obligatoire. (Réservé aux enfants d'âge primaire) | ☐ Oui<br>☐ Non |
| **Nage** : l'enfant sait-il nager ? ( si oui, joindre le brevet de natation) | ☐ Oui ☐ Non |

## INSCRIPTIONS PERI et EXTRASCOLAIRES

**Ecole fréquentée** _____ **Classe :** _____

*Accueil périscolaire (**1 seul choix possible**)* ❒*Froideconche* ❒*St Sauveur* ❒*Breuches*
❒*Luxeuil Mont Valot* ❒*Luxeuil Mathy* ❒*Luxeuil Centre* ❒*Luxeuil Bois de la dame* ❒*Luxeuil Stade*

*Mercredi (2 choix possibles) :* ❒*Froideconche* ❒*Luxeuil*
*Vacances (2 choix possibles) :* ❒*Froideconche* ❒*Luxeuil*

## ATTESTATIONS

Nous soussignons Responsable 1 : _____ et

**Responsable 2 :** _____,

- Certifions exacts les renseignements portés sur cette fiche et nous engageons à informer la Communauté de communes du Pays de Luxeuil de toute évolution de ces informations ;
- Certifions avoir pris connaissance du règlement intérieur des accueils de loisirs et en acceptons les conditions ;
- Certifions que notre enfant est couvert par une assurance responsabilité civile ;
- Autorisons le responsable de la structure, en cas d'incident impliquant notre enfant, à communiquer nos coordonnées ainsi que les références de notre assurance au tiers lésé sur sa demande ;
- Autorisons l'enfant à participer aux différentes activités proposées par les organisateurs, sur le centre ou à l'extérieur y compris avec déplacement en bus ou à pied ;
- Déchargeons les organisateurs de toute responsabilité pour tout accident qui pourrait survenir avant ou après les heures de fonctionnement du centre ;
- Déchargeons les organisateurs de toute responsabilité pour tout accident survenant avant la fin du centre dès lors que l'enfant a été pris en charge par ses parents ou une personne autorisée.

| | |
|---|---|
| Fait le _____ à _____. | Fait le _____ à _____. |
| Signature Responsable 1 | Signature Responsable 2 |

# FICHE SANITAIRE DE LIAISON

**Nom :** _____

**Prénom :** _____ **Sexe** ☐ **Masculin** ☐ **Féminin**

## REGIME ALIMENTAIRE

L'enfant suit –il un **régime alimentaire médical** : ☐ Oui ☐ Non

**Si oui, lequel ?**

## PROJET D'ACCUEIL INDIVIDUALISE (PAI)

Le projet d'accueil individualisé (PAI) vise à faciliter le parcours de vie en structure collective d'un enfant présentant un trouble de la santé. Il définit les adaptations nécessaires pour faciliter l'accueil de l'enfant au sein de la collectivité.
Ainsi, si l'enfant souffre d'une pathologie, d'une allergie, intolérance alimentaire ou tout autre problème de santé nécessitant une prise en charge particulière (traitement, éviction alimentaire, pratiques sportives limitées…) le Projet d'Accueil Individualisé précisera la conduite à tenir par les professionnels des structures d'accueil et par ailleurs les conditions d'interventions éventuelles médicales ou paramédicales des partenaires extérieurs.

Un Projet d'Accueil Individualisé a-t-il été mis en place ? ☐ Oui ☐ Non
***Si OUI joindre obligatoirement une copie du PAI***

Votre enfant est-il porteur d'un handicap nécessitant une prise en charge particulière ? ☐ Oui ☐ Non
Votre enfant a-t-il une notification de la Maison Départementale des Personnes Handicapées ☐ Oui ☐ Non
***Si OUI joindre obligatoirement la notification de la MDPH***

## MEDECIN TRAITANT

**Nom** _____ **Prénom** _____

**Adresse :** _____ **Commune** _____

**Tel :** _____

## ASSURANCE

**Compagnie** _____ **Numéro de police** _____

## VACCINATIONS

| Type de vaccin | Date de dernier rappel |
|---|---|
| **Vaccins obligatoires pour tous les enfants** | |
| Diphtérie Tétanos Poliomyélite | |
| Coqueluche | |
| **Vaccins obligatoires pour les enfants nés après 2018** | |
| Haemophilus influenzae b (Hib) | |
| Hépatite B | |
| Pneumocoque | |
| Méningocoque C, | |
| Rougeole Oreillons Rubéole | |

** Si l'enfant n'a pas les vaccins obligatoires, merci de fournir un certificat médical de contre-indication.*

## MALADIES DEJA CONTRACTEES

☐ Coqueluche ☐ Oreillons

☐ Rougeole ☐ Rubéole

☐ Scarlatine ☐ Varicelle

## ALLERGIES, INTOLERANCES ALIMENTAIRES, PATHOLOGIE…

☐ Asthme (conduite à tenir prévue au PAI joint ) _____

☐ Alimentaires (conduite à tenir prévue au PAI joint) _____

☐ Médicamenteuses _____

☐ Autres (préciser la conduite à tenir) _____

## APPAREILLAGE

| | | |
|---|---|---|
| Lunettes | ☐ Oui | ☐ Non |
| Appareil dentaire | ☐ Oui | ☐ Non |
| Appareil auditif | ☐ Oui | ☐ Non |
| Chaussures /Semelles orthopédiques | ☐ Oui | ☐ Non |

## TRAITEMENT MEDICAL

La santé de l'enfant nécessite-t-elle la prise de médicaments **au quotidien*** ? ☐ Oui ☐ Non

**La prise de médicament ponctuelle nécessite le respect d'un protocole prévu par le règlement intérieur.*

## AUTRES COMMENTAIRES

_____

_____

_____

_____

## ATTESTATIONS

Nous soussignons Responsable 1 : _____ et

Responsable 2 : _____,

- **Certifions** exacts les renseignements portés sur cette fiche et nous engageons à informer la Communauté de communes du Pays de Luxeuil de toute évolution de ces informations
- **Autorisons** le responsable d'établissement à prendre, le cas échéant, toutes mesures (hospitalisation) rendues nécessaires par l'état de santé de l'enfant.

| | |
|---|---|
| Fait le _____ à_____. | Fait le _____ à_____. |
| Signature Responsable 1 | Signature Responsable 2 |