



# Fiche Individuelle de Renseignements

Centre Social LOUISE MICHEL 1 rue Mozart 57310 GUENANGE  
tél 03 82 59 66 88



Nous vous rappelons que les informations vous concernant, font l'objet d'un traitement informatique destiné au Centre Social Louise Michel (Mairie de Guénange). En application de la loi n° 78-17 du 06/01/1978 relative à l'information, aux fichiers et aux libertés, toute personne dispose d'un droit d'accès et de rectification des informations le concernant. Ce droit s'applique aux données nominatives figurant dans le présent document. Il s'exerce auprès du Centre Social Louise Michel - Mairie de Guénange.

fiche de renseignement     fiche sanitaire

Nom, prénom de l'enfant :  Né(e) le :

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

L'enfant sait-il nager ? OUI  NON  Piscine autorisée : OUI  NON

Régime alimentaire : ..... Date de dernière mise à jour du carnet de santé .....

Allergies : .....

**PARENTS DE L'ENFANT**

	Mère	Responsable de l'enfant <input type="checkbox"/>	Père	Responsable de l'enfant <input type="checkbox"/>
Nom, Prénom :				
Adresse du domicile :				
Tél. Domicile/Portable :				
Courriel :				

Personnes à joindre en cas d'urgence (Nom+Téléphone) : .....

N° Allocataire C.A.F. : .....

C.A.F. d'appartenance : CAF de la Moselle  Autre C.A.F. ....

Fournir le dernier avis d'imposition

**NOM ET ADRESSE DES EMPLOYEURS**

	Mère	Père
Nom employeur :		
Adresse de l'employeur :		
Téléphone Travail :		

ASSURANCES : Je certifie que mon enfant bénéficie d'une assurance scolaire et extrascolaire :

Nom de la compagnie.....N° téléphone :.....N° du contrat :.....

J'autorise mon enfant, à rentrer seul à la fin des activités  OUI  NON

Noms des personnes autorisées à venir chercher votre enfant :

Nom/Prénom	Lien de parenté	N°Téléphone	Adresse

En cas d'accident ou incident, j'autorise les responsables de la structure à prendre toutes les mesures nécessaires pour la sécurité, la santé et la moralité de mon enfant.

**J'autorise le personnel du CENTRE SOCIAL LOUISE MICHEL**

à photographier et/ou à filmer mon enfant pour la création de souvenirs et d'archives, à utiliser ces supports pour sa promotion et son information (presse et journaux locaux, affiches, nouveaux médias, internet....) :

OUI  NON

**Médecin traitant :** Nom : ..... Téléphone : .....

Adresse : .....

Je certifie avoir pris connaissance du règlement intérieur. J'atteste sur l'honneur que les renseignements ci-dessus sont exacts.

Fait à ..... , le ..... Signature :



# FICHE SANITAIRE DE LIAISON

**1 - ENFANT**

NOM : \_\_\_\_\_  
 PRENOM : \_\_\_\_\_  
 DATE DE NAISSANCE : \_\_\_\_\_  
 GARÇON  FILLE

## DATES ET LIEU DE SEJOUR :

CETTE FICHE PERMET DE RECUEILLIR DES INFORMATIONS UTILES PENDANT LE SEJOUR DE L'ENFANT : ELLE EVITE DE VOUS DEMANDER DE SON CARNET DE SANTE

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

VACCINS OBLIGATOIRES	oui	non	DATE DES DERNIERS RAPPELS	VACCINS RECOMMANDES	DATES
Diphthérie				Hépatite B	
Tétanos				Rubéole-Oreillons-Rougeole	
Polio				Coqueluche	
Ou DT Polio				Autres (préciser)	
Ou Tétracoq					
BCG					

SI L'ENFANT N'A PAS LES VACCINS OBLIGATOIRES JOINDRE UN CERTIFICAT MEDICAL DE CONTRE-INDICATION.  
 ATTENTION : LE VACCIN ANTI-TETANIQUE NE PRESENTE AUCUNE CONTRE-INDICATION

## 3 - RENSEIGNEMENTS MEDICAUX CONCERNANT L'ENFANT

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

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	RHUMATISME ARTICULAIRE AIGU	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	SCARLATINE	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
COQUELUCHE	<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	OREILLONS	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON		

ALLERGIES :

ASTHME	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	MEDICAMENTEUSES	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
ALIMENTAIRES	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	AUTRES	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON

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

**INDIQUEZ CI-APRES :**  
 LES DIFFICULTÉS DE SANTE (MALADIE, ACCIDENT, CRISES CONVULSIVES, HOSPITALISATION, OPERATION, REEDUCATION) EN PRÉCISANT LES DATES ET LES PRÉCAUTIONS À PRENDRE.

**4. RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS :**  
 VOTRE ENFANT PORTE-T-IL DES LENTILLES, DES LUNETTES, DES PROTHESES AUDITIVES, DES PROTHESES DENTAIRES, ETC... PRÉCISEZ.

L'ENFANT MOUILLE-T-IL SON LIT ? oui  non   
 S'IL S'AGIT D'UNE FILLE EST-ELLE RÉGLÉE ? oui  non

## 5. RESPONSABLE LÉGAL DE L'ENFANT PENDANT LE SEJOUR :

NOM : \_\_\_\_\_ PRENOM : \_\_\_\_\_  
 ADRESSE (pendant le séjour) : \_\_\_\_\_

TEL. FIXE (ET PORTABLE), DOMICILE : \_\_\_\_\_ BUREAU : \_\_\_\_\_

N° SECURITE SOCIALE : \_\_\_\_\_

NOM ET TEL. DU MEDECIN TRAITANT (FACULTATIF) : \_\_\_\_\_

L'ENFANT BENEFICIE-T-IL :  DE LA CMU  D'UNE PRISE EN CHARGE S.S. À 100%  
 Fournir les attestations (CMU et prise en charge SS).

Je soussigné, ..... 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 : \_\_\_\_\_

**A REMPLIR PAR LE DIRECTEUR À L'ATTENTION DES FAMILLES**  
 COORDONNÉES DE L'ORGANISATEUR DU SEJOUR OU DU CENTRE DE VACANCES