

ENFANT : NOM.....Prénom..... Date de naissance...../...../.....

Sexe Garçon Fille Transport scolaire oui non

Adresse Lieu de naissance.....

Code Postal Ville.....

Situation familiale des parents : Mariés Concubinage Pacsé(es) Veuf/Veuve Célibataire Séparés

En cas de séparation ou absence d'autorité parentale : Fournir IMPERATIVEMENT la copie du jugement

Jugement : oui non

PARENT 1

Autorité Parentale oui non

NOM.....

Prénom.....

Adresse

Code Postal.....Ville.....

Tel domicile.....

Tel mobile.....

Tel pro.....

Email.....

Profession.....

PARENT 2

Autorité Parentale oui non

NOM.....

Prénom.....

Adresse.....

Code Postal.....Ville.....

Tel domicile.....

Tel mobile.....

Tel pro.....

Email.....

Profession.....

Famille d'accueil : oui non ASE Département

1^{ère} Personne à contacter en cas d'urgence :

NOM.....Prénom..... Tel.....

Email.....

Adresse

Code Postal.....Ville.....

Adresse de facturation si différente

Possibilité de payer vos factures en ligne sur le site www.ccptm.fr rubrique VIVRE - Paiement en ligne

NOM.....

Prénom.....

REGIME CAF MSA Autre.....

Autorisation CAF PRO N° allocataire.....

(sans ce N° allocataire, le tarif le plus élevé sera appliqué)

PERSONNES AUTORISEES à venir chercher l'enfant

L'enfant ne sera pas confié à une autre personne sans autorisation écrite de son responsable.

Toute personne inconnue des responsables des services devra présenter une pièce d'identité.

*A contacter
en cas d'urgence*

(Fournir obligatoirement une autorisation parentale) Personne Mineure

NOM.....Prénom.....Tel.....Parentée..... *oui* *non*

NOM.....Prénom.....Tel.....Parentée..... *oui* *non*

NOM.....Prénom.....Tel.....Parentée..... *oui* *non*

NOM.....Prénom.....Tel.....Parentée..... *oui* *non*

Si besoin, ajouter les personnes supplémentaires sur une feuille libre

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

NOM :	PRENOM :
--------------	-----------------

Cette fiche permet de recueillir des informations utiles pendant les activités ou séjours organisés par le Service Animation Jeunesse. Elle évite de vous munir de son carnet de santé.

1- VACCINATIONS (se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccinations)

VACCINS OBLIGATOIRES	OUI	NON	DATES DES DERNIERS RAPPELS	VACCINS RECOMMANDES	DATES
Diphtérie				Coqueluche	
Tétanos				Hépatite B	
Poliomyélite				Rubéole-Oreillons-Rougeole	
OU DT Polio				Autres (préciser)	
OU Tétracoq				BCG	

SI LE MINEUR N'A PAS LES VACCINS OBLIGATOIRES, JOINDRE UN CERTIFICAT MEDICAL DE CONTRE-INDICATION.

Attention, le vaccin antitétanique ne présente aucune contre-indication.

Fournir une photocopie du carnet de santé

2 – RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LE MINEUR :

Suit-il un traitement médical ? 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 DEJA EU LES ALLERGIES SUIVANTES :

- ASTHME Oui Non
- ALIMENTAIRES Oui Non
- MEDICAMENTEUSES Oui Non
- AUTRES (animaux, plantes, pollen...) Oui Non

Si oui, précisez la cause de l'allergie, les **signes évocateurs** et la **conduite à tenir** :
.....
.....

Le mineur présente-t-il un **problème de santé particulier qui nécessite la transmission d'informations médicales** (informations sous pli cacheté), des **précautions à prendre** et des **éventuels soins à apporter** ? Oui Non

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	

3 – RECOMMANDATION UTILES DES PARENTS :

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

4 – RESPONSABLE DU MINEUR :

NOM : PRENOM :

TEL DOMICILE TEL TRAVAIL : TEL PORTABLE

NOM ET TELEPHONE DU MEDECIN TRAITANT (facultatif) :
..... N° SECURITE SOCIALE (dont dépend l'enfant)
..... (OBLIGATOIRE)

Je déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et m'engage à les réactualiser si nécessaire.

J'autorise le responsable de l'activité à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de santé de ce mineur.

AUTORISATION PARENTALE

En cas d'accident ou de maladie, en fonction des soins nécessaires,
le responsable de l'établissement ou l'agent de la Communauté de Communes du Pays de Trie et du Magnoac,
fera appel au POMPIERS (Tel : 18) et vous préviendra immédiatement.

Je soussigné(e) NOM.....Prénom.....

Déclare sur l'honneur exercer l'autorité parentale sur le mineur

NOM.....Prénom.....

Autorise, le cas échéant, le responsable de l'établissement et le personnel encadrant l'enfant au moment de l'évènement, à prendre toutes les mesures rendues nécessaires par l'état de l'enfant, y compris les services de secours (traitement médical, hospitalisation, interventions chirurgicale), pour l'admission en établissement de soins et à faire sortir l'enfant de l'hôpital après hospitalisation : oui non

Autorise mon enfant à quitter seul **les accueils**

	à partir de 17 h		à partir de 16 h 30		à partir de 16 h 30	
	SOIR		MERCREDI		VACANCES	
	Heure de départ		Heure de départ		Heure de départ	
LUNDI	<input type="checkbox"/>	oui <input type="checkbox"/> non	oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	oui <input type="checkbox"/> non
MARDI	<input type="checkbox"/>	oui <input type="checkbox"/> non			<input type="checkbox"/>	oui <input type="checkbox"/> non
MERCREDI					<input type="checkbox"/>	oui <input type="checkbox"/> non
JEUDI	<input type="checkbox"/>	oui <input type="checkbox"/> non			<input type="checkbox"/>	oui <input type="checkbox"/> non
VENDREDI	<input type="checkbox"/>	oui <input type="checkbox"/> non			<input type="checkbox"/>	oui <input type="checkbox"/> non

Autorise, si nécessaire, mon enfant à quitter l'établissement encadré d'un animateur dans le cadre des activités d'accueils pendant la pause méridienne : oui non

Autorise à prendre des photos de mon enfant.....sur les temps d'animations et de vie quotidienne, qui seront publiées via les réseaux sociaux tels que Facebook, Instagram, TikTok..., le site internet de la Communauté de Communes du Pays de Trie et du Magnac, la presse locale...

Autorise à prendre des photos de mon enfant.....sur les temps d'animations et de vie quotidienne, qui seront publiées **uniquement** sur le site internet de :
la Communauté de Communes du Pays de Trie et du Magnac la presse locale Facebook Instagram

N' Autorise PAS à prendre des photos de mon enfant.....sur les temps d'animations et de vie quotidienne, qui seront publiées via les réseaux sociaux tels que Facebook, Instagram, TikTok..., le site internet de la Communauté de Communes du Pays de Trie et du Magnac , la presse locale...

En signant cette fiche, vous déclarez avoir pris connaissance du règlement intérieur et attestez l'exactitude des informations transmises. AUCUN CHANGEMENT NE SERA PRIS EN COMPTE SANS PASSER AU BUREAU DE LA CCPTM

Date et Signature,

Prénom :

Nom :



Livret d'inscription

- Service Enfance