



Fiche Individuelle

Nom	Prénom
Adresse :	Téléphone : .. Liste rouge
	Portable :
	E-Mail :
Né(e) le :	Sexe :

Généralités							
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr style="background-color: #c0e0e0;"> <th>Régime</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>N° Allocataire :</td> </tr> <tr> <td>CAF :</td> </tr> </tbody> </table>	Régime	N° Allocataire :	CAF :	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr style="background-color: #c0e0e0;"> <th>Situation financière</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Quotient familial :</td> </tr> <tr> <td>Date d'effet :</td> </tr> </tbody> </table>	Situation financière	Quotient familial :	Date d'effet :
Régime							
N° Allocataire :							
CAF :							
Situation financière							
Quotient familial :							
Date d'effet :							
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr style="background-color: #c0e0e0;"> <th>Scolarité</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Classe :</td> </tr> <tr> <td>Etabl. scolaire :</td> </tr> <tr> <td>Instituteur :</td> </tr> </tbody> </table>	Scolarité	Classe :	Etabl. scolaire :	Instituteur :	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr style="background-color: #c0e0e0;"> <th>Repas spéciaux si allergie</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td style="height: 40px;"></td> </tr> </tbody> </table>	Repas spéciaux si allergie	
Scolarité							
Classe :							
Etabl. scolaire :							
Instituteur :							
Repas spéciaux si allergie							

Parents																	
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr style="background-color: #c0e0e0;"> <th>Responsable légal ..</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Lien de parenté :</td> </tr> <tr> <td>Nom :</td> </tr> <tr> <td>Prénom :</td> </tr> <tr> <td>Portable :</td> </tr> <tr> <td>Profession :</td> </tr> <tr> <td>Employeur :</td> </tr> <tr> <td>Téléphone :</td> </tr> </tbody> </table>	Responsable légal ..	Lien de parenté :	Nom :	Prénom :	Portable :	Profession :	Employeur :	Téléphone :	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr style="background-color: #c0e0e0;"> <th>Responsable légal ..</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Lien de parenté :</td> </tr> <tr> <td>Nom :</td> </tr> <tr> <td>Prénom :</td> </tr> <tr> <td>Portable :</td> </tr> <tr> <td>Profession :</td> </tr> <tr> <td>Employeur :</td> </tr> <tr> <td>Téléphone :</td> </tr> </tbody> </table>	Responsable légal ..	Lien de parenté :	Nom :	Prénom :	Portable :	Profession :	Employeur :	Téléphone :
Responsable légal ..																	
Lien de parenté :																	
Nom :																	
Prénom :																	
Portable :																	
Profession :																	
Employeur :																	
Téléphone :																	
Responsable légal ..																	
Lien de parenté :																	
Nom :																	
Prénom :																	
Portable :																	
Profession :																	
Employeur :																	
Téléphone :																	

Personnes autorisées ou interdites à récupérer l'individu			
Interdit	Nom - Prénom	Téléphones	Lien parenté
..			
..			
..			
..			
..			
..			

*Je (Nous) soussigné(s),
l'honneur l'exactitude des renseignements figurant sur cette fiche.*

responsable(s) légal(aux) de l'individu certifie(ions) sur

CENTRE SOCIAL EDITH BONNEM

place Edith Bonnem

61000 ALENCON

Autorisations

tél : 02.33.26.58.51

mail : centre.edith.bonnem@wanadoo.fr

Je soussigné(e)

demeurant

Pour l'individu

Autorise **N'autorise pas**

Mon enfant à rentrer seul(e) à partir de :

17h00

17h30

18h00

18h30

Autorise **N'autorise pas**

Le transport de mon enfant lors des sorties prévues par le centre social

Autorise **N'autorise pas**

L'intervention chirurgicale de mon enfant.

Autorise **N'autorise pas**

La prise de vue de mon enfant.

Autorise **N'autorise pas**

Le centre social à donner les médicaments prescrits à mon enfant (ordonnance)

A

Le

Signature



<h2 style="margin: 0;">FICHE SANITAIRE DE LIAISON</h2>	<p style="margin: 0;">1 – ENFANT</p> <p style="margin: 0;">NOM :</p> <p style="margin: 0;">PRÉNOM</p> <p style="margin: 0;">DATE DE NAISSANCE :</p> <p style="margin: 0;">GARÇON FILLE</p>
--	--

CETTE FICHE PERMET DE RECUEILLIR DES INFORMATIONS UTILES PENDANT LE SÉJOUR DE L'ENFANT ; ELLE ÉVITE DE VOUS DÉMUNIR DE SON CARNET DE SANTÉ ET VOUS SERA RENDUE À LA FIN DU SÉJOUR.

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

VACCINS OBLIGATOIRES	oui	non	DATES DES DERNIERS RAPPELS	VACCINS RECOMMANDÉS	DATES
Diphthérie				Hépatite B	
Tétanos				Rubéole Oreillons Rougeole	
Poliomyélite				Coqueluche	
Ou DT polio				Autres (préciser)	
Ou Tétracoq					
BCG					

SI L'ENFANT N'A PAS LES VACCINS OBLIGATOIRES JOINDRE UN CERTIFICAT MÉDICAL DE CONTRE-INDICATION ATTENTION : LE VACCIN ANTI-TÉTANIQUE NE PRÉSENTE AUCUNE CONTRE-INDICATION

3 - RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX 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	VARICELLE	ANGINE	RHUMATISME ARTICULAIRE AIGÛ	SCARLATINE
oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>
COQUELUCHE	OTITE	ROUGEOLE	OREILLONS	
oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	

ALLERGIES : ASTHME oui non MÉDICAMENTEUSES oui non
 ALIMENTAIRES oui non AUTRES

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

INDIQUEZ CI-APRÈS :

LES DIFFICULTÉS DE SANTÉ (MALADIE, ACCIDENT, CRISES CONVULSIVES, HOSPITALISATION, OPÉRATION, RÉÉDUCATION) EN PRÉCISANT LES DATES ET LES **PRÉCAUTIONS À PRENDRE.**)

4 - RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS

VOTRE ENFANT PORTE-T-IL DES LENTILLES, DES LUNETTES, DES PROTHÈSES AUDITIVES, DES PROTHÈSES DENTAIRES, ETC...PRÉCISEZ.

5 - RESPONSABLE DE L'ENFANT

NOM

PRÉNOM

ADRESSE (PENDANT LE SÉJOUR)

Numéros de téléphone :

Mère : domicile :

portable :

travail :

Père : domicile :

portable :

travail :

NOM ET TÉL. DU MÉDECIN TRAITANT (FACULTATIF)

Je soussigné(e), 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 (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de l'enfant. J'autorise également, si nécessaire, le directeur du séjour à faire sortir mon enfant de l'hôpital après une hospitalisation.

N° de sécurité sociale :

Date :

Signature :

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

OBSERVATIONS

