

**FICHE INDIVIDUELLE DE RENSEIGNEMENTS
VILLE DE MONDELANGE - JEUNESSE 2023**

ENFANT

Nom.....Prénom.....Né(e).....sexe F / M

Adresse :Ville.....

EcoleEnseignant Classe

PARENTS Couple Monoparentale Accueil

Père : Nom..... Prénom Responsable légal

Adresse (si différente de celle de l'enfant).....

Tél : _ / _ / _ / _ / _ / _ **Portable** : _ / _ / _ / _ / _ / _ @.....

Nom et adresse de l'employeur Ville.....

Tél : _ / _ / _ / _ / _ / _

Mère : Nom..... Prénom..... Responsable légal

Adresse (si différente de celle de l'enfant).....

Tél : _ / _ / _ / _ / _ / _ **Portable** : _ / _ / _ / _ / _ / _ @.....

Nom et adresse de l'employeur..... Tél : _ / _ / _ / _ / _ / _

ALLOCATAIRE CAF de la Moselle : N° père mère

je certifie que mon enfant bénéficie d'une assurance scolaire et extra scolaire :

Nom de la compagnie :N° du contrat :N° de téléphone : _ / _ / _ / _ / _ / _

Joindre justificatif

Personnes à joindre en l'absence des parents :

Nom..... Tél : _ / _ / _ / _ / _ / _ **Portable** : _ / _ / _ / _ / _ / _

Nom..... Tél : _ / _ / _ / _ / _ / _ **Portable** : _ / _ / _ / _ / _ / _

AUTORISATION

Je soussigné(e), (nom)(prénom)..... ayant l'exercice de l'autorité parentale, autorise

les personnes responsables de l'accueil

- à prendre toutes mesures, traitements médicaux, hospitalisation, intervention chirurgicale rendus nécessaire par l'état de mon enfant.
- à photographier et/ou à filmer pendant les activités à mon enfant pour la création de souvenirs et d'archives
 oui non
- à utiliser ces supports pour sa promotion et l'information (presse, journaux locaux, nouveau média, affiches ...)
 oui non

mon enfant à participer aux activités et aux sorties proposées oui non

à se déplacer seul ou en sous-groupe durant l'accueil pendant un temps libre accordé par les animateurs oui non

à quitter l'accueil seul oui non

Si non, les personnes majeures autorisées à prendre l'enfant en plus des parents sont :

Noms prénoms	Lien de parenté	N° téléphone	adresse

L'enfant est sous la responsabilité de ses parents jusque dans le lieu d'accueil et jusqu'au début de l'accueil

Fait à le signature.....

Responsable de l'enfant ayant l'exercice de l'autorité parentale:

Nom – Prénom.....

N° de sécurité sociale : _/_ _/_ _/_ _/_ _/_ _ Centre payeur :

Nom et téléphone du médecin traitant :

Adresse..... tél. : _/_ _/_ _/_ _/_ _

- A-t-il des allergies alimentaires ? Oui (joindre un certificat médical) non

Si oui, lesquelles.....

- A-t-il des allergies médicamenteuses ? Oui (joindre un certificat médical) non

Si oui, lesquelles

Autres.....

Suit-il un régime alimentaire particulier (par religion, pour raisons médicales..) ?

Oui Non Si oui, lequel ?.....

A-t-il un traitement ?

Oui Non Si oui, joindre obligatoirement l'ordonnance ou sa copie

VACCINATIONS

Joindre la photocopie des pages de vaccinations du carnet de santé copies jointes

L'enfant est-il sujet à l'asthme ? oui non

A-t-il eu des problèmes de santé (hospitalisation, opérations, accidents..) ?

Oui Non

Si oui, lesquels et à quelle date

.....

A-t-il déjà eu des maladies infantiles (varicelle, oreillons ...) ?

Oui Non

Si oui, lesquelles :

.....

RECOMMANDATIONS DES PARENTS :

.....

Je soussigné,(nom,prénom)détenteur(ice) de l'autorité parentale, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise les responsables à prendre, le cas échéant, toutes mesures rendues nécessaires par l'état de santé de mon enfant.

Je m'engage par ailleurs à signaler toutes modifications de l'état de santé de mon enfant en cours d'année ainsi que toute modification relative aux renseignements portés sur la fiche de renseignements (situation familiale, n° téléphone – adresse – employeur.....)

Le.....

Signature