



# FICHE FAMILLE 2020/2021

Secteurs concernés :

Enfance     Jeunesse

Famille     Ateliers

Responsable 1	Responsable 2
Nom & Prénom :	Nom & Prénom :
Adresse :	Adresse :
Portable perso :	Portable perso :
Mail * :	Mail * :
@.....	@.....
Employeur :	Employeur :
Travaille sur le SIVOM :	Travaille sur le SIVOM :
Oui (précisez).....	Oui (précisez).....
Non	Non
Téléphone pro :	Téléphone pro :
Portable pro :	Portable pro :
Date de naissance :	Date de naissance :
Situation familiale :	Situation familiale :
<b>Composition de la famille :</b>	<b>Nombre d'enfants vivant dans le foyer :</b>
<input type="checkbox"/> En couple sans enfant(s)	0/3 ans : .....
<input type="checkbox"/> En couple avec enfant(s)	4/11 ans : .....
<input type="checkbox"/> Personne seule sans enfant(s)	12/17 ans : .....
<input type="checkbox"/> Personne seule avec enfant(s)	+ de 18 ans : .....
N° sécurité sociale (sur lequel l'enfant est rattaché) : .....	

**\*Ecrire l'adresse mail lisiblement, en lettres capitales**

## Régime

Nom de l'allocataire : .....

N° d'allocataire : .....

Caisse (MSA ou CAF) .....

## Autorisations

Je soussigné(e),.....père, mère, tuteur

autorise mon enfant à participer à toutes les activités des secteurs concernés sous la responsabilité du personnel d'encadrement, y compris éventuellement : *baignade, bicyclette, sortie en car, escalade, camping, randonnées, activités nautiques....*

- Autorise le/la responsable des secteurs concernés à faire procéder à toute intervention médicale ou chirurgicale en cas de nécessité absolue
- Autorise mon enfant à être transporté par un responsable (*en cas d'extrême urgence*)
- Autorise mon enfant à être photographié ou filmé lors des activités, publié dans les journaux locaux ou support créé avec les enfants, exposé dans les locaux ou le groupe privée Facebook (ALSH) ou page publique Facebook (autres secteurs)
- Peut-être exceptionnellement pris en charge **avec autorisation donnée le matin aux animateurs** par :

Nom & Prénom	Lien par rapport à l'individu	Téléphone

## Adolescent

Nom : ..... Prénom : .....

Date de naissance : .....

Portable : .....

Mail : .....

Ets scolaire : .....Classe : .....

Autorisé à rentrer seul

## Cadre réservé à l'administration

Quotient familial : ..... Date d'effet : .....

TARIF FAMILLE :  Dossier Complet : OUI NON

- Attestation CAF/MSA avec QF à jour ou dernier avis d'imposition
- Justificatif pour les personnes travaillant sur le SIVOM
- Règlement intérieur signé et approuvé



# FICHE SANITAIRE INDIVIDUELLE 2020/2021

## Votre enfant :

NOM & Prénom : .....

Date de naissance : .....

Garçon **ou** Fille (*raier la mention inutile*)

**Vaccinations :** Joindre les copies du carnet de santé, à jour.

## Renseignements médicaux concernant l'enfant :

### ALLERGIES

*Pour toute allergie, fournir le PAI et préciser la conduite à tenir.*

**Médicamenteuse :** .....

**Alimentaire :** .....

**Régimes alimentaires spéciaux** (végétarien, sans porc) :

**Autres :** .....

### MALADIES

Cochez les maladies que l'enfant a déjà eu :

<input type="checkbox"/> Rubéole	<input type="checkbox"/> Scarlatine	<input type="checkbox"/> Asthme et conduite
<input type="checkbox"/> Varicelle	<input type="checkbox"/> Coqueluche	à tenir (PAI avec
<input type="checkbox"/> Angine	<input type="checkbox"/> Otite	ordonnance à fournir)
<input type="checkbox"/> Rhumatisme	<input type="checkbox"/> Rougeole	.....
articulaire aigu	<input type="checkbox"/> Oreillons	.....
	<input type="checkbox"/> Autres	.....

*Si votre enfant suit un traitement pendant les séjours été, joindre une ordonnance et les médicaments correspondants (boîtes de médicaments dans leur emballage d'origine marquées au nom de l'enfant avec la notice.*

**AUCUN MEDICAMENT NE POURRA ÊTRE PRIS SANS ORDONNANCE.**

## Indiquez ci-après :

Les difficultés de santé en précisant les précautions à prendre (Opération, hospitalisation, maladie, accident...) : .....

Reconnaissance MDPH (nature du handicap et recommandations) : .....

### RECOMMANDATIONS UTILES

- Votre enfant porte-t-il des lunettes, prothèses auditives, prothèses dentaires... précisez :

- Poids de l'individu (enfant et adolescent) : ..... Kg

### MEDECIN TRAITANT (facultatif)

Nom : .....

Téléphone : .....

## Date et signature :

### Cadre réservé à l'administration

Dossier Complet :      OUI      NON

- Copie Vaccins à jour
- Attestation d'assurance scolaire et extra-scolaire (obligatoire)
- Règlement intérieur ALSH signé et approuvé
- PAI (si besoin)
- Ordonnance (si médicament)
- Certificat médical (si camps)
- Brevet de natation (si camps)