

Bonjour,

Vous trouverez ci-après les documents nécessaires à la mise à jour ou à la création de vos dossiers du portail famille :

- la fiche famille
- une fiche individuelle pour chaque enfant
- la fiche des autorisations pour chaque enfant
- la fiche sanitaire pour chaque enfant

Merci de compléter le dossier et de signer toutes les pages.

Merci de nous joindre les documents suivants :

- un justificatif de domicile récent
- les copies de la partie vaccination du carnet de santé des enfants
- les copies du livret de famille (pages des parents et des enfants)
- si possible une attestation d'assurance extra-scolaire pour l'année 2020-2021

Cordialement,

L'Equipe administratif jeunesse

Fiche Famille

Nom _____	Prénom _____
Civilité : _____	Téléphone : _____
Adresse : _____	Sur liste rouge : <input type="checkbox"/>
_____	E-mail : _____

Généralités	
Régime	Situation financière
Régime : _____	Nb enfants à charge : _____ Nb enfants total : _____
Allocataire : _____	Nb de parts : _____
N° Allocataire : _____	Quotient familial : _____
Caisse : _____	Date d'effet : _____
Divers	Remarques
Catégories Socio Prof : _____	
Quartier : _____	
Communauté de com. : _____	

Parents	
Parent 1 <input type="checkbox"/> Débitéur <input type="checkbox"/> Codébitéur	Parent 2 <input type="checkbox"/> Débitéur <input type="checkbox"/> Codébitéur
Civilité : _____	Civilité : _____
Nom : _____	Nom : _____
Prénom : _____	Prénom : _____
Profession : _____	Profession : _____
Employeur : _____	Employeur : _____
Téléphone : _____ Poste : _____	Téléphone : _____ Poste : _____
Portable : _____	Portable : _____
Adresse : _____	Adresse : _____
Adresse employeur : _____	Adresse employeur : _____
Téléphone domicile : _____ <input type="checkbox"/> Liste rouge	Téléphone domicile : _____ <input type="checkbox"/> Liste rouge
Date de naissance : _____	Date de naissance : _____
Lieu de naissance : _____	Lieu de naissance : _____
Nom de naissance : _____	Nom de naissance : _____
Situation familiale : _____	Situation familiale : _____
Remarque : _____	Remarque : _____

Je certifie sur l'honneur l'exactitude des renseignements figurant sur cette fiche et déclare avoir pris connaissance du règlement intérieur de la structure et m'engage à le respecter.

J'autorise / Je n'autorise pas : la structure à saisir mes informations personnelles.
J'autorise / Je n'autorise pas : la structure à saisir mes informations médicales.

Fait le : _____ Signature _____

Fiche Individuelle

Nom _____	Prénom _____
Adresse : _____ _____	Né(e) le : _____
Téléphone : _____	Sexe : _____
Portable : _____	Nationalité : _____
<input type="checkbox"/> Liste rouge	
Email : _____	

Généralités															
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr style="background-color: #e0f2f1;"><th>Régime</th></tr> <tr> <td>Régime allocataire : _____</td> </tr> <tr> <td>Allocataire : _____</td> </tr> <tr> <td>N° Allocataire : _____</td> </tr> <tr> <td>CAF : _____</td> </tr> </table>	Régime	Régime allocataire : _____	Allocataire : _____	N° Allocataire : _____	CAF : _____	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr style="background-color: #e0f2f1;"><th>Situation financière</th></tr> <tr> <td>Nb enfants à charge : _____</td> <td>Nb enfants total : _____</td> </tr> <tr> <td>Nb de parts : _____</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Quotient familial : _____</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Date d'effet : _____</td> <td></td> </tr> </table>	Situation financière	Nb enfants à charge : _____	Nb enfants total : _____	Nb de parts : _____		Quotient familial : _____		Date d'effet : _____	
Régime															
Régime allocataire : _____															
Allocataire : _____															
N° Allocataire : _____															
CAF : _____															
Situation financière															
Nb enfants à charge : _____	Nb enfants total : _____														
Nb de parts : _____															
Quotient familial : _____															
Date d'effet : _____															
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr style="background-color: #e0f2f1;"><th>Statistiques</th></tr> <tr> <td>Catégories Sociaux Prof : _____</td> </tr> <tr> <td>Quartier : _____</td> </tr> <tr> <td>Communauté de com. : _____</td> </tr> </table>	Statistiques	Catégories Sociaux Prof : _____	Quartier : _____	Communauté de com. : _____	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr style="background-color: #e0f2f1;"><th>Mémo</th></tr> <tr> <td style="height: 50px;"></td> </tr> </table>	Mémo									
Statistiques															
Catégories Sociaux Prof : _____															
Quartier : _____															
Communauté de com. : _____															
Mémo															

Généralités							
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr style="background-color: #e0f2f1;"><th>Scolarité</th></tr> <tr> <td>Classe : _____</td> </tr> <tr> <td>Etabl. scolaire : _____</td> </tr> <tr> <td>Instituteur : _____</td> </tr> </table>	Scolarité	Classe : _____	Etabl. scolaire : _____	Instituteur : _____	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr style="background-color: #e0f2f1;"><th>Mémo</th></tr> <tr> <td style="height: 150px;"></td> </tr> </table>	Mémo	
Scolarité							
Classe : _____							
Etabl. scolaire : _____							
Instituteur : _____							
Mémo							
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr style="background-color: #e0f2f1;"><th>Repas spéciaux</th></tr> <tr> <td style="height: 50px;"></td> </tr> </table>	Repas spéciaux						
Repas spéciaux							

Personnes autorisées ou interdites à récupérer l'Enfants			
Interdit	Nom - Prénom	Téléphones	Lien parenté
<input type="checkbox"/>	_____	_____	_____
<input type="checkbox"/>	_____	_____	_____
<input type="checkbox"/>	_____	_____	_____
<input type="checkbox"/>	_____	_____	_____
<input type="checkbox"/>	_____	_____	_____
<input type="checkbox"/>	_____	_____	_____

Parents

Parent 1 Responsable légal

Parenté : _____
Civilité : _____
Nom : _____
Prénom : _____
Profession : _____
Employeur : _____
Téléphone : _____ Poste : _____
Portable : _____

Parent 2 Responsable légal

Parenté : _____
Civilité : _____
Nom : _____
Prénom : _____
Profession : _____
Employeur : _____
Téléphone : _____ Poste : _____
Portable : _____

Parent 3 Responsable légal

Parenté : _____
Civilité : _____
Nom : _____
Prénom : _____
Profession : _____
Employeur : _____
Téléphone : _____ Poste : _____
Portable : _____

Je (Nous) soussigné(s), responsable(s) légal(aux) de l'Enfants certifie(ions) sur l'honneur l'exactitude des renseignements figurant sur cette fiche.

Détail des autorisations

<input type="checkbox"/> Autorise <input type="checkbox"/> N'autorise pas	le personnel à sortirde l'enceinte de l'établissement pour les sorties de groupe.
<input type="checkbox"/> Autorise <input type="checkbox"/> N'autorise pas	le personnel à photographier ou filmer dans la mesure où les films et images ne seront utilisés à aucun autre usage qu'un usage éducatif ou inhérent à la vie de l'établissement.
<input type="checkbox"/> Autorise <input type="checkbox"/> N'autorise pas	la direction à consulter votre dossier allocataire CDAP afin d'accéder directement aux ressources (Quotient, Revenus, Nombre d'enfants à charge) à prendre en compte pour le calcul des tarifs.(le service CDAP.fr respecte les règles de confidentialité et a fait l'objet d'une autorisation de la CNIL. La CAF attribue un identifiant et un mot de passe qui est strictement personnel et confidentiel à l'équipe de direction).
<input type="checkbox"/> Autorise <input type="checkbox"/> N'autorise pas	le directeur à administrer un médicament sur prescription d'un médecin (avec l'ordonnance).
<input type="checkbox"/> Autorise <input type="checkbox"/> N'autorise pas	l'équipe de direction à prendre les mesures d'urgence en cas d'accident impliquant..... (SAMU, pompiers, hospitalisation, anesthésie).
<input type="checkbox"/> Autorise <input type="checkbox"/> N'autorise pas à rentrer seule(e) après les activités.
<input type="checkbox"/> Autorise <input type="checkbox"/> N'autorise pas	le personnel à transporter ou faire transporterdans les véhicules de l'établissement dans le cadre des sorties en groupe.

Cocher la case de votre choix

Indiquer le nom de l'enfant sur les pointillés.

**FICHE SANITAIRE
DE LIAISON
2020**

1 – ENFANT

NOM: _____

PRÉNOM: _____

DATE DE NAISSANCE: _____

GARÇON FILLE

Cette fiche permet de recueillir des informations utiles pendant le séjour de l'enfant ; elle évite de vous démunir de son carnet de santé. Elle sera détruite en 2020. Merci de nous indiquer tout changement en cours de séjour.

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

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

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?

RUBEOLE	VARICELLE	ANGINE	OREILLONS	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	RHUMATISME ARTICULAIRE AIGÛ	
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 **ALIMENTAIRES** oui non **MEDICAMENTEUSES** oui non
AUTRES _____

Précisez la cause de l'allergie et la conduite à tenir (si automédication le signaler).

En cas de régime alimentaire, précisez :

SANS VIANDE

SANS PORC

Indiquez ci-après:

Les **difficultés de santé** (maladie, accident, comportement particulier, crises convulsives, hospitalisation, opération, rééducation) en précisant les dates et les **précautions à prendre**.

Recommandations utiles des parents:

Votre enfant porte-t-il des lunettes, des lentilles, des prothèses auditives, des prothèses dentaires, etc. Précisez.

BAIGNADE : SAIT NAGER

SE DEBROUILLE

NE SAIT PAS NAGER

Observations diverses :

4 - RESPONSABLE DE L'ENFANT

NOM _____ PRÉNOM _____

ADRESSE _____

Numéros de téléphone :

Mère : domicile : _____ portable : _____ travail : _____

Père : domicile : _____ portable : _____ travail : _____

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.

Médecin traitant :

Nom: _____ Tél: _____

N° de sécurité sociale de l'enfant : _____

Date :

Signature: