



Institut de Formation d'Animation et de Conseil
 Etablissement Rhône-Alpes animation
 Année scolaire :



CAF de l'Isère Partenaire financier

Autorisations

Renseignement sur l'enfant

NOM :	Prénom :
<input type="checkbox"/> Fille	
<input type="checkbox"/> Garçon	
Date de naissance :	Lieu de naissance :
Végétarien :	
<input type="checkbox"/> OUI	
<input type="checkbox"/> NON	

J'autorise l'association IFAC à réaliser des prises de vues photographiques, de mon enfant pendant le déroulement de ses activités. Et à les utiliser librement, sans demande ni rémunération, ni droit d'utilisation, pour leurs opérations de développement et de communication quel que soit le support (documents de présentation, brochures, publications, site internet, expositions). Les éventuels commentaires ou légendes accompagnant la reproduction ou la représentation des photographies ne devront pas porter atteintes à ma réputation

- OUI
- NON
- A participer aux activités physiques et sportives
- A participer aux baignades surveillées
- De transport en véhicule de service et car de location
- A partir seul de la structure à la fermeture de l'accueil

Renseignement sur la famille

<u>Parent 1</u>	
NOM :	Prénom :
Adresse :	
Code Postal :	Ville :
Téléphone : /	
<u>Parent 2</u>	
NOM :	Prénom :
Adresse (si différente) :	
Code Postal :	Ville :
Téléphone : /	
E-mail :	
N°Allocataire CAF :	Quotient familial :

J'autorise mon enfant à partir de la structure avec les personnes suivantes (nom, prénom, situation par rapport à l'enfant) :

.....

.....

.....

.....

- J'ai pris connaissance du règlement intérieur disponible sur le site internet ou au secrétariat, et m'engage à le respecter

Documents à joindre

- Justificatif de domicile
- Attestation quotient familial CAF
- Attestation d'assurance extra-scolaire

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

NOM :	Prénom :
-------	----------

Cette fiche permet de recueillir des informations utiles pendant les activités ou séjours organisés par le service Animation Jeunesse

1- VACCINATIONS (pas de copie du carnet de santé)

VACCINATIONS OBLIGATOIRES	OUI	NON	DATE DERNIER RAPPEL	VACCINATIONS RECOMMANDES	DATE
Diptérie				BCG	
Tétanos				Autres (préciser)	
Poliomyélite					
Coqueluche (2018)					
Haemophilus (2018)					
Rubéole-Oreillons-Rougeole (2018)					
Hépatite B (2018)					
Pneumocoque (2018)					
Meningocoque C (2018)					

Si l'enfant n'a pas les vaccinations obligatoires, joindre un certificat médical de contre indication

2- Renseignements concernant l'enfant

Suit-il un traitement médical ?

- OUI
- NON

Un PAI (Projet d'Accueil Individualisé) une AEEH (Allocation d'éducation de l'enfant handicapé) est-il mis en place ? rayer les mentions inutiles

- OUI
- NON

Si oui, joindre une ordonnance / le PAI, récent et les médicaments correspondants

Aucun médicament ne pourra être pris sans ordonnance

L'enfant a-t-il déjà eu les allergies suivantes :

- Asthme OUI / NON
- Alimentaires OUI / NON
- Médicamenteuses OUI / NON
- Autres (animaux, plantes, pollens ...) OUI / NON

Si oui, précisez la cause de l'allergie, les signes évocateurs et la conduite à tenir (signaler si automédication)

.....
FOURNIR UN CERTIFICAT MEDICAL POUR TOUTES ALLERGIES NECESSITANT UN REGIME ALIMENTAIRE SPECIFIQUE

L'enfant présente-t-il un problème de santé particulier qui nécessite la transmission d'informations médicales, des précautions à prendre et des éventuels soins à apporter ?

3- RECOMMANDATION UTILES

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
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	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non

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

Je soussigné(e), responsable légal de l'enfant,, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise le responsable à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaire par l'état de l'enfant.

Fait à Le.....
Signature