

# FICHE ENFANT

A remplir pour chaque enfant inscrit  
Dossier à envoyer par mail à [alsh@villes-soeurs.fr](mailto:alsh@villes-soeurs.fr) à partir de janvier.

Secteur :

- Assurance
- Sécu
- Vaccins
- Certif. Sco. PSM
  
- Domino OK
- Export PF OK

## L'ENFANT

PHOTO

NOM : ..... PRENOM : .....

NE(E) LE : ...../...../..... SEXE : F  M  Tel. à contacter en 1er : ...../...../...../...../.....

ADRESSE (Rue + commune) : .....

SCOLARISE A : .....

N° CAF : .....

Bons Temps Libres ou Bons Loisirs CAF ?  oui  non

## LE RESPONSABLE DECLARANT

NOM : ..... PRENOM : .....

Tél. : ..... / Port. : ..... L'un, au moins, obligatoire et valide

## DROIT A L'IMAGE

Nous, soussignés .....  
père, mère, famille d'accueil (1) responsable du jeune .....  
*(1) Rayer la (ou les) mention(s) inutile(s)*

Autorisons ...

N'autorisons pas ...

... les personnes missionnées par la Communauté de Communes des Villes Soeurs à photographier, filmer, enregistrer la voix de mes enfants dans le cadre de ses activités et déclarons céder à titre gracieux à la CCVS, pour une durée de 10 ans maximum, le droit d'utiliser les images et sons enregistrés. Ces éléments pourront être diffusés sur les supports d'information ou de communication de la CCVS et de ses partenaires, imprimés ou numériques, sur tous les réseaux de communication, y compris télévisuels ou internet (dont les réseaux sociaux), accessibles en France et à l'étranger. La CCVS s'engage, pour ses propres publications uniquement, à ce que la diffusion de ces images ne porte pas atteinte à leur dignité.

Date :

Nom-Prénom du responsable légal :

Signature :

# FICHE SANITAIRE DE LIAISON

NOM : .....

PRENOM : .....

## 1 – RENSEIGNEMENTS MEDICAUX CONCERNANT L'ENFANT

L'enfant suit-il un traitement médical pendant sa présence au séjour ? oui  non

Si oui joindre une **ordonnance** en cours de validité 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 par l'enfant sans ordonnance.**

L'enfant a-t-il déjà eu les maladies suivantes ?

RUBÉOLE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	VARICELLE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	ANGINE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	RHUMATISME ARTICULAIRE AIGÛ OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	SCARLATINE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>
COQUELUCHE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	OTITE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	ROUGEOLE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	OREILLONS OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	

L'enfant a-t-il des allergies ?

- ASTHMATIQUES oui  non
- MEDICAMENTEUSES oui  non
- ALIMENTAIRES oui  non
- AUTRES.....

Précisez la cause de l'allergie et la conduite à tenir :

.....  
.....  
.....

Difficultés de santé et précaution à prendre (Maladie, accident, crises convulsives, hospitalisation, opération, rééducation).

.....  
.....  
.....

## 2 – INFORMATIONS COMPLEMENTAIRES (à renseigner obligatoirement.)

Votre enfant porte-t-il

- Des lentilles ? oui  non
- Des lunettes ? oui  non
- Des prothèses auditives ? oui  non
- Des prothèses ou appareil dentaire ? oui  non

Au besoin,  
prévoir un étui  
au nom de  
l'enfant

Autres recommandations, précisez (ex : qualité de peau, crème solaire)

.....  
.....  
.....

Nom et téléphone du médecin traitant (facultatif) : .....

## 3 -RESPONSABLE DE L'ENFANT

Je soussigné(e), ..... responsable légal de l'enfant, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise l'équipe d'animation à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale, anesthésie générale...) rendues nécessaires par l'état de l'enfant, ceci suivant les prescriptions d'un médecin et/ou un service d'urgence seuls habilités à définir l'hôpital de secteur.

Date :

Nom-Prénom du responsable légal :

Signature :