

Fiche Famille

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

Généralités	
Régime	Situation financière
Régime allocataire : _____	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. : _____	

Revenu					
Liste revenus	Coef.	Montant adulte 1	Coef.	Montant adulte 2	Total annuel

→ merci de fournir le(s) dernier(s) relevé(s) du foyer. Revenu mensuel total : _____

Fiche Famille

Parents

Parent 1

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

Adresse employeur : _____

Téléphone domicile : _____ Liste rouge
Date de naissance : _____
Nom de naissance : _____
Situation familiale : _____
Remarque :

Parent 2

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

Adresse employeur : _____

Téléphone domicile : _____ Liste rouge
Date de naissance : _____
Nom de naissance : _____
Situation familiale : _____
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.

Signature

Fiche Individuelle

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

Généralités											
<table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr style="background-color: #e1f5fe;"><td>Régime</td></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: #e1f5fe;"><td>Situation financière</td></tr> <tr> <td>Nb enfants à charge : _____ Nb enfants total : _____</td> </tr> <tr> <td>Nb de parts : _____</td> </tr> <tr> <td>Quotient familial : _____</td> </tr> <tr> <td>Date d'effet : _____</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: #e1f5fe;"><td>Statistiques</td></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: #e1f5fe;"><td>Mémo</td></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: #e1f5fe;"><td>Scolarité</td></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: #e1f5fe;"><td>Mémo</td></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: #e1f5fe;"><td>Repas spéciaux</td></tr> <tr> <td style="height: 50px;"></td> </tr> </table>	Repas spéciaux						
Repas spéciaux							

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

Fiche Individuelle

Parents	
Parent 1 Responsable légal <input type="checkbox"/>	Parent 2 Responsable légal <input type="checkbox"/>
Parenté : _____	Parenté : _____
Civilité : _____	Civilité : _____
Nom : _____	Nom : _____
Prénom : _____	Prénom : _____
Profession : _____	Profession : _____
Employeur : _____	Employeur : _____
Téléphone : _____ Poste : _____	Téléphone : _____ Poste : _____
Portable : _____	Portable : _____
	Parent 3 Responsable légal <input type="checkbox"/>
	Parenté : _____
	Civilité : _____
	Nom : _____
	Prénom : _____
	Profession : _____
	Employeur : _____
	Téléphone : _____ Poste : _____
	Portable : _____

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



FICHE SANITAIRE DE LIAISON

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 ET VOUS SERA RENDUE À LA FIN DU SÉJOUR.

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

VACCINS OBLIGATOIRES	oui	non	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 ?

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

ALLERGIES : ASTHME oui non MÉDICAMENTEUSES oui non
ALIMENTAIRES oui non AUTRES _____

PRÉCISEZ LA CAUSE DE L'ALLERGIE ET LA CONDUITE À TENIR (si automédication le signaler)

INDIQUEZ CI-APRÈS :

LES DIFFICULTÉS DE SANTÉ (MALADIE, ACCIDENT, CRISES CONVULSIVES, HOSPITALISATION, OPÉRATION, RÉÉDUCATION) EN PRÉCISANT LES DATES ET LES **PRÉCAUTIONS À PRENDRE.**)

4 - RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS

VOTRE ENFANT PORTE-T-IL DES LENTILLES, DES LUNETTES, DES PROTHÈSES AUDITIVES, DES PROTHÈSES DENTAIRES, ETC...PRÉCISEZ.

L'ENFANT MOUILLE-T-IL SON LIT ?

NON

OCCASIONNELLEMENT

OUI

S'IL S'AGIT DUNE FILLE EST-ELLE RÉGLÉE ?

NON

OUI

5 - RESPONSABLE DE L'ENFANT

NOM _____ PRÉNOM _____

ADRESSE (PENDANT LE SÉJOUR) _____

Numéros de téléphone :

Mère : domicile : _____ portable : _____ travail : _____

Père : domicile : _____ portable : _____ travail : _____

NOM ET TÉL. DU MÉDECIN TRAITANT (FACULTATIF) _____

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.

N° de sécurité sociale : _____

⚠ auquel l'enfant est rattaché.

Date : _____

Signature : _____

**A REMPLIR PAR LE DIRECTEUR A L'ATTENTION DES FAMILLES
COORDONNÉES DE L'ORGANISATEUR DU SÉJOUR OU DU CENTRE DE VACANCES**

OBSERVATIONS
