



# FICHE DE RENSEIGNEMENTS 2019-2020

## ACCUEIL ADOS (11-17 ans)

Cadre réservé à l'administration :

Cotisation annuelle (7€)

Payée le :

Chèque  Espèces

NOM de l'enfant

Prénom

Date de naissance

Sexe :

Adresse

domicile

portable : Père :

/ Mère :

/ Jeune :

Etablissement scolaire :

Classe 2018-2019 :

N° immatriculation sécurité sociale (sous lequel l'enfant est déclaré) :

N° ALLOC .CAF :

N° MSA :

AUTRES :

### RESPONSABLE 1 – (père)

NOM ET PRENOM :

Adresse :

Email :

travail

Autorité parentale  oui  non

### RESPONSABLE 2 – (mère)

NOM ET PRENOM :

Adresse :

Email : \_

travail

Autorité parentale  oui  non

### Noms et prénoms des frères et sœurs :

#### PERSONNE A FACTURER :

NOM ET PRENOM :

Adresse :

PRELEVEMENT BANCAIRE :  Oui  Non

Date de mise en place :

Date d'arrêt :

L'ENFANT est autorisé à repartir,  Seul (A partir de 17h30)

Accompagné par :

NOM	PRENOM	STATUT	N° TELEPHONE

**ASSURANCE** (joindre obligatoirement une attestation) responsabilité civile et individuelle accident (périscolaire et extrascolaire)

L'enfant est assuré Société ..... Numéro de contrat .....

**L'enfant pratique t'il une activité sportive ou culturelle ?**

Le mercredi – Horaires :

Le samedi – Horaires :

J'autorise  Je n'autorise pas

**La prise de photos et/ou de films de l'enfant (pendant les temps d'accueil) et sa publication** dans la presse, sur le site internet de la CCSMT, sur le blog, la page Facebook de l'accueil ados, par affichage dans les lieux publics, ou lors de manifestations publiques concernant le service enfance jeunesse.

J'autorise  Je n'autorise pas **la consultation de mon quotient familial sur l'espace partenaires CAF.**

- **Je reconnais** avoir pris connaissance du règlement intérieur du service pour lequel l'enfant est inscrit.
- **Je m'engage** à signaler tout changement qui interviendrait au cours de l'année (situation familiale, adresse...)
- **Je déclare** exacts les renseignements portés sur ce document 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.
- **Je confirme** à ce jour, la réservation de mon enfant qui sera définitive seulement si je suis à jour de mes règlements et atteste de l'exactitude des informations portées sur la fiche de renseignements de l'année 2018-2019.

Fait à ....., le.....

Signature du /des parents ou du tuteur légal

# FICHE SANITAIRE

**Nom de l'enfant :**

**Prénom :**

**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	oui	non	dates
tétanos				coqueluche			
poliomyélite				BCG			
ou DT polio				diphtérie			
ou tétracoq				hépatite B			
ROR (*)				autres (préciser)			

(\*) Rubéole- Oreillons - Rougeole

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

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

	oui	non		oui	non		oui	non		oui	non			
rubéole			varicelle			coqueluche			otites			rhumatisme articulaire		
angine			scarlatine			rougeole			oreillons			aigü		

**L'enfant suit-il un traitement médical ?**

OUI

NON

pathologie	traitement et/ou nom des médicaments

**Aucun médicament ne pourra être pris sans ordonnance.**

Remettre à la personne de l'accueil, une **ordonnance** récente et les **médicaments** correspondants  
(Boîtes de médicaments dans leur emballage d'origine marquées au nom de l'enfant avec la notice)

**Mise en place obligatoire d'un PAI hors temps scolaire**

OUI

NON

Pour les allergies alimentaires ou autres, l'asthme ou toute situation sanitaire particulière, **l'inscription** au restaurant scolaire, à l'accueil périscolaire et à l'accueil de loisirs **n'est envisageable qu'après la signature d'un Projet d'Accueil Individualisé.**

(Merci de prendre rendez-vous avec le Directeur du service enfance jeunesse vie scolaire)

pathologie	traitement et/ou nom des médicaments

**Enfant en situation de handicap** (Allocataire AEEH)

OUI

**NON**

**Difficultés de santé** (maladie, accident, crises convulsives, hospitalisation, opération, rééducation...)

difficultés de santé	dates	précautions à prendre

**Recommandations utiles** (port de lentilles, de lunettes, de prothèses auditives et/ou dentaires...)

COMMUNAUTE DE COMMUNES TOURAINE VAL DE VIENNE  
SERVICE ENFANCE JEUNESSE

ESPACE THEURIET - 45, avenue du Général de Gaulle - 37800 Sainte maure de Touraine

02 47 65 63 15 - [secretariat-sej@cc-tvv.fr](mailto:secretariat-sej@cc-tvv.fr)