



Cadre réservé à l'administration:  
**DOSSIER ADOS 2019 / 2020**

DATE : .....

N°adhérent : .....

NOM.....

PRÉNOM.....

N°port. : .....

garçon fille\*

Date de naissance : .....

niveau/classe : .....

Pour les parents séparés\* : dossier **PAPA** ou **MAMAN** / garde alternée :  oui  nonHabitudes alimentaires\* : sans porc - sans viande - sans poisson - PAI allergie alimentaireAutorisations :

- sortir seul de l'activité  oui  non
- être pris en photo  oui  non

## PERSONNES (AUTRES QUE LES PARENTS) AUTORISEES A VENIR CHERCHER L'ENFANT

Nom, prénom	Qualité	téléphone	VILLE

FACTURATION : Facture envoyée par mail et disponible sur l'espace famille Facture format papier par courrier **PARENT 1\***

Nom, Prénom : .....date de naissance : .....

Adresse : .....

☎domicile : .....☎port.....☎travail.....

Adresse mail : .....

Situation familiale\* : marié - célibataire - divorcé - séparé - vie maritale - PACS

Profession : .....

**PARENT 2\***

Nom, Prénom : .....date de naissance : .....

Adresse : .....

☎domicile : .....☎port.....☎travail.....

Adresse mail : .....

Situation familiale\* : marié - célibataire - divorcé - séparé - vie maritale - PACS

Profession : .....

Police d'assurance couvrant l'enfant (nom et n°) : .....

N° de sécurité sociale du responsable de l'enfant : .....

N° allocataire Caisse d'Allocations Familiales : .....

Destinataire de la facture\* : père - mère - autre (préciser) : .....

Je reconnais avoir reçu le règlement intérieur et en accepter les conditions.

Je déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche.

A Vif, le..... Signature :

\*rayer les mentions inutiles



# MINISTÈRE DE LA JEUNESSE ET DES SPORTS



N° 10008 902

Code de l'Action Sociale et des Familles

<b>FICHE SANITAIRE DE LIAISON</b>	NOM de l'enfant : .....
	Prénom de l'enfant : .....

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.

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

VACCINS	DATES	VACCINS	DATES
DT POLIO (obligatoire)		Hépatite B	
Ou Tétracoq		Rubéole-Oreillons-Rougeole	
Méningite		BCG	
Pneumococcique		Autres (préciser)	
		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.

## 2 - RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX CONCERNANT L'ENFANT

L'enfant suit-il un traitement médical ? oui  non  si oui lequel : .....

L'ENFANT A-T-IL DÉJÀ EU LES ALLERGIES ET LES MALADIES SUIVANTES ?

Allergies	Oui	Non	maladies	Oui	Non	maladies	Oui	Non
Asthme			Rubéole			Coqueluche		
Alimentaires			Varicelle			Otite		
Médicamenteuses			Angine			Rougeole		
autres			Rhumatisme articulaire aigu			oreillons		
			Scarlatine					

si OUI, précisez la cause de l'allergie et la conduite à tenir :

.....  
.....

**indiquez ci-après** les difficultés de santé (maladie, accident, crises convulsives, hospitalisation, opération, rééducation) en précisant les dates et les précautions à prendre.

.....  
.....

## 3 - RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS : port de lentilles, de lunettes, d'appareils dentaires ou auditifs, comportement, etc...précisez.

.....  
.....

## 4 - RESPONSABLE DE L'ENFANT

NOM, Prénom .....

ADRESSE : .....

TÉL. fixe ..... portable..... travail : .....

NOM ET TÉL. DU MÉDECIN TRAITANT (FACULTATIF) : .....

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

Date :

Signature :