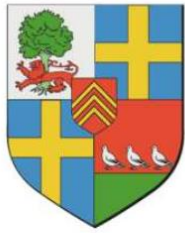


Fiche de renseignements année 2020-2021



ARCANGUES ARRANGOITZE
MAIRIE HERRIKO ETXEA

Local Jeunes
175 Herriko Bidea, 64200 Arcangues

Tél : 05 59 43 19 57 ou 06 75 79 82 38
Mail : localjeunes@arcangues.fr

Responsable du service : Mme Sallès Charline
Responsable du local : Mr Morineau Julien



Nom:

Prénom:

Date et lieu de naissance:

Adresse:

Tél:

Mail:

La famille

	Père	Mère	tuteur
Nom			
Prénom			
tél			
profession			
Adresse (si différente de l'enfant)			
Domicile			
N° téléphone employeur			
Adresse mail			
Situation familiale			
Numéro Sécurité Social			
Numéro Allocataire			

Modalités d'accueil

Je/Nous, soussigné(s), M. et/ou Mme

.....
.....Autorise (ons) notre/nos enfant(s) mineur(s),

N'autorise (ons) pas notre/ nos enfant (s) mineur (s),

NOM.....PRENOM.....

..... AGE

NOM.....PRENOM.....

..... AGE

NOM.....PRENOM.....

..... AGE

à quitter seul(e)le local jeune.

Je/Nous renonce(ons) formellement à exercer toute action en responsabilité contre la commune représentée par son maire en exercice, Philippe Echeverria et/ou contre le personnel municipal en cas d'incident ou d'accident après le départ des locaux de notre/nos enfant(s).

Fait pour servir et valoir ce que de droit.

Le/les responsable (s) Légal (aux),

Date et signature précédées de la mention « lu et approuvé »

Autorisations parentales

- Autorise
- N'autorise pas

Mon enfant à participer à toutes les activités sportives et aquatiques organisées par l'accueil de loisirs d'Arcangues.

- Autorise
- N'autorise pas

Mon enfant à participer aux sorties dûment encadrées par les animateurs de l'accueil de loisirs d'Arcangues.

- Autorise
- N'autorise pas

Mon enfant à utiliser les transports collectifs (bus, minibus) prévus par l'accueil de loisirs d'Arcangues.

- Autorise
- N'autorise pas

Mon enfant à être photographié ou filmé dans le cadre de l'accueil de loisirs d'Arcangues, sachant que les images ne pourront être utilisées que dans des supports écrits et/ou audiovisuels.

- Autorise
- N'autorise pas

Mon enfant à être transporté et soigné à l'Hôpital de Bayonne, où il recevra les soins d'urgence.

Ou autre clinique souhaitée:

.....

Fiche sanitaire

1 – VACCINATIONS (se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccinations de l'enfant). **pas de photocopie**

VACCINS OBLIGATOIRES	oui	non	DATES DES DERNIERS RAPPELS	VACCINS RECOMMANDÉS	DATES
Diptérie				Hépatite B	
Tétanos				Rubéole-Oreillons-Rougeole	
Poliomyélite				Coqueluche	
Ou DT polio				Autres (préciser)	
Ou Tétracoq					
BCG					

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

A titre indicatif 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"/>	

ALLERGIES : ASTHME oui non

MEDICAMENTEUSES oui non

ALIMENTAIRES oui non

AUTRES.....

PRECISEZ LA CAUSE DE L'ALLERGIE ET LA CONDUITE A TENIR

P.A.I (projet d'accueil individualisé) en cours oui non (joindre le protocole et toutes informations utiles)

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

Aucun médicament ne pourra être pris sans ordonnance.

INDIQUEZ CI-APRÈS :

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

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

3 – INFORMATIONS COMPLEMENTAIRES (à renseigner obligatoirement.)

VOTRE ENFANT PORTE-T-IL DES LENTILLES : oui non

DES LUNETTES : oui non au besoin prévoir un étui au nom de l'enfant

DES PROTHÈSES AUDITIVES : oui non

DES PROTHÈSES ou APPAREIL DENTAIRE : oui non

AUTRES RECOMMANDATIONS / PRÉCISEZ (ex : qualité de peau, crème solaire)

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

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) 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 :

Signature :

Documents à fournir

- Attestation d'assurance

- Test d'aptitude en milieu aquatique (test de panique) ce document est obligatoire pour pouvoir participer aux activités nautiques.