



DOSSIER DE RENSEIGNEMENTS

FICHE D'IDENTITE DE L'ENFANT (à compléter en majuscule)

Nom : _____ Prénom : _____

Date et lieu de naissance : ____/____/____ à _____

 Sexe : masculin ☐ féminin ☐ Filière bilingue basque : OUI ☐ NON ☐
 Classe : PS ☐ MS ☐ GS ☐ CP ☐ CE1 ☐ CE2 ☐ CM1 ☐ CM2 ☐
Parents

N° allocataire CAF : _____

Représentant 1 = ☐ Mère ☐ Père ☐ Autres :	Représentant 2 = ☐ Mère ☐ Père ☐ Autres :
Nom : _____	Nom : _____
Prénom : _____	Prénom : _____
Adresse : _____ _____	Adresse : _____ _____
Code postal : _____	Code postal : _____
Ville : _____	Ville : _____
E.mail : _____	E.mail : _____
Téléphone : _____	Téléphone : _____

*Les coordonnées de chacun des parents sont obligatoires sauf s'il est déchu de l'autorité parentale.
 Dans ce cas, merci de nous fournir le jugement du tribunal.*

Renseignements sur la situation familialeParents séparés ou divorcés OUI ☐ NON ☐

Si OUI		
1) Résidence principale de l'enfant :		
Représentant 1 ☐	Représentant 2 ☐	Garde alterné * ☐
2) Autorité parentale :		
Représentant 1 ☐	Représentant 2 ☐	Conjointe ☐
3) Enfant placé à la suite d'une décision du juge :		
Oui	Nom de la famille d'accueil :	

Garde alterné *
Fournir un planning annuel

Frère(s) ou Sœur(s) :

Nom	Prénom	Date de Naissance	Scolarisé(es)	Lieu de scolarisation
			OUI ☐ NON ☐	
			OUI ☐ NON ☐	
			OUI ☐ NON ☐	

DROIT A L'IMAGE

Dans le cadre des reportages prévus lors des manifestations organisées pendant le temps scolaire, périscolaire et extrascolaire, j'autorise mon enfant à être photographié et/ou filmé

OUI ☐
NON ☐

Inscriptions aux services se font sur le portail famille :

<https://www.mon-portail-famille.fr/acces/mairie-guethary>

- Restauration scolaire
- Garderie scolaire (*matin / soir*)
- Etude surveillée (*à partir du CE1*)
- Accueil de loisirs sans hébergement (*Mercredi et vacances scolaires*)

MODE DE REGLEMENT :

- ☐ Par chèque bancaire ou paiement en ligne (payfip.gouv.fr)
- ☐ Par prélèvement automatique – **Fournir un RIB,**
un formulaire de prélèvement automatique vous sera adressé remis lors du dépôt de dossier (**Prélèvement reconduit automatiquement l'année suivante pour ce qui sont déjà au prélèvement**)

Je soussigné(e) ☐ père ☐ mère ☐ tuteur légal
déclare sur l'honneur l'exactitude des renseignements donnés ci-dessus et avoir pris connaissance du règlement intérieur année.

J'atteste avoir été informé que toute fausse déclaration entraînerait d'éventuelles poursuites, conformément à l'article 441-7 du Code Pénal.

A, le Signature

(Précédée de la mention « lu et approuvé »)

Père

Mère

ou Tuteur légal

RAPPEL DES PIECES A JOINDRE AU MOMENT DU DEPOT DU DOSSIER**Tout dossier incomplet sera refusé**

- Attestation d'assurance péri et extrascolaire
- Le carnet de santé de l'enfant (vaccination à jour) ou attestation du médecin
- Un justificatif de domicile
- Le livret de famille

Et selon les cas

- Un certificat de radiation fourni par le directeur de l'école fréquentée
- L'accord de dérogation de la commune de résidence



MINISTÈRE DE LA JEUNESSE ET DES SPORTS

Code de l'Action Sociale et des Familles

cerfa

N° 10008*02

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 AIGÜ	SCARLATINE
oui ☐ non ☐	oui ☐ non ☐	oui ☐ non ☐	oui ☐ non ☐	oui ☐ non ☐
COQUELUCHE	OTITE	ROUGEOLE	OREILLONS	
oui ☐ non ☐	oui ☐ non ☐	oui ☐ non ☐	oui ☐ non ☐	

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 : _____

Date :

Signature :

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

OBSERVATIONS
