




Reservé à l'équipe du centre social et culturel

## Informations concernant le mineur accueilli

Nom : ..... Prénom : .....  
 Né(e) le : ..... à : ..... Sexe :  Féminin  Masculin  
 École : ..... Classe : .....

## Coordonnées des parent(s) ou tuteur(s) légal(aux)

Nom : .....	Nom : .....
Prénom : .....	Prénom : .....
Adresse : .....	Adresse : .....
Tél. Fixe : ___ - ___ - ___ - ___ - ___	Tél. Fixe : ___ - ___ - ___ - ___ - ___
Portable : ___ - ___ - ___ - ___ - ___	Portable : ___ - ___ - ___ - ___ - ___
Mail : .....	Mail : .....
Profession : .....	Profession : .....
Employeur : .....	Employeur : .....
Tél. entreprise : ___ - ___ - ___ - ___ - ___	Tél. entreprise : ___ - ___ - ___ - ___ - ___
Date de naissance : .....	Date de naissance : .....
Situation familiale : <input type="checkbox"/> Marié(e) <input type="checkbox"/> Concubin(e) <input type="checkbox"/> Célibataire <input type="checkbox"/> Divorcé(e)/séparé(e) <input type="checkbox"/> Paccé(e) <input type="checkbox"/> Veuf(ve)	

## Renseignements administratifs

N° allocataire C.A.F. : .....

## Personnes autorisées à venir chercher le mineur accueilli

Nom - Prénom : .....	Tel : ___ - ___ - ___ - ___ - ___
Nom - Prénom : .....	Tel : ___ - ___ - ___ - ___ - ___
Nom - Prénom : .....	Tel : ___ - ___ - ___ - ___ - ___

J'autorise mon enfant à rentrer seul à la maison (*uniquement pour les enfants à partir de 10 ans avec accord parental*)  
 Oui  Non

## Droit à l'image

J'autorise le centre social et culturel Christiane Faure à utiliser l'image de mon enfant :  
 • Site internet / Facebook  Oui  Non • Journal Tours de Parole / Assemblée générale / Flyers  Oui  Non

## Prélèvement automatique

J'autorise le centre social et culturel Christiane Faure à réaliser le prélèvement automatique (*transmission d'un RIB et mandat de prélèvement SEPA*)  Oui  Non



## Renseignements médicaux concernant le mineur accueilli

### Médecin traitant

Nom : .....

Tel : ..... - ..... - ..... - ..... - .....

Adresse : .....

Vaccinations :  Oui  Non

L'enfant/le jeune suit-il un traitement médical ?  Oui  Non

(Si oui joindre une ordonnance récente et les médicaments correspondants (boîtes de médicaments remis à l'équipe obligatoirement dans leur emballage d'origine marqués au nom de l'enfant avec la notice. **Pas dans le sac de l'enfant/du jeune.**)

Aucun médicament ne pourra être pris sans ordonnance

### L'enfant / Le jeune a-t-il déjà eu les maladies suivantes ?

<b>Rubéole</b> <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<b>Varicelle</b> <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<b>Angine</b> <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<b>Rhumatisme articulaire aigüe</b> <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<b>Scarlatine</b> <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
<b>Coqueluche</b> <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<b>Otite</b> <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<b>Rougeole</b> <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<b>Oreillons</b> <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	

### Allergies

<b>Asthme</b> <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<b>Médicamenteuse</b> <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
<b>Alimentaires</b> <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<b>Autres :</b>

Régime ou remarque alimentaire (*en dehors des allergies*) : .....

P.A.I.

### Recommandations utiles des parents

Votre enfant/jeune porte-t-il des lentilles, des lunettes, des prothèses auditives, des prothèses dentaires...

Précisez : .....

Je soussigné, ..... responsable légal du mineur accueilli, 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/du jeune. Je m'engage à vous signaler toute modification des renseignements de la présente fiche sanitaire dans les plus brefs délais.

Je déclare avoir pris connaissance du règlement intérieur et en accepte toutes les conditions générales d'inscription.

Signature précédée de la mention manuscrite « lu et approuvé » :

Date

Signature

Fait à La Rochelle, le .....

Mise à jour à La Rochelle, le .....

Mise à jour à La Rochelle, le .....

Mise à jour à La Rochelle, le .....