



Communauté de Communes de
la Plaine du Nord Loiret

Communauté de Communes de la Plaine du Nord Loiret
Accueil de mineurs
3 Rue de l'Avenir – 45480 Bazoches les Gallerandes
Tel 07.72.23.96.06
Mail : enfance.jeunesse@cc-plaine-nord-loiret.fr

FICHE SANITAIRE ET DE RENSEIGNEMENTS

Séjour 2024 - Ferme

Fiche à renseigner **OBLIGATOIREMENT** et à compléter avec les documents suivants :

Attestation CAF ou MSA du quotient familial (ou photocopie du dernier avis d'imposition sur le revenu + attestation des prestations de la CAF ou MSA)
Attestation d'assurance
Paiement par chèque

Identification de l'enfant

NOM : Prénom :
Né(e) le : Classe/niveau :

Responsable n°1

NOM :
Prénom :
Date de naissance :
Lieu de naissance :
Adresse :

Mail :
Téléphone domicile :
Téléphone portable :
Téléphone travail :
Profession :
Employeur :
Adresse de l'employeur :
Nom et prénom des frères et sœurs :

Responsable n°2

NOM :
Prénom :
Date de naissance :
Lieu de naissance :
Adresse :
Mail :
Téléphone domicile :
Téléphone portable :
Téléphone travail :
Profession :
Employeur :
Adresse de l'employeur :

Personnes à contacter en cas d'impossibilité de joindre les parents

NOM : Tél :
NOM : Tél :

Renseignements utiles

Votre enfant porte-t-il des lunettes, des prothèses ou prothèses dentaires, etc.... ? Précisez.

N° de sécurité sociale :

N° allocataire CAF/MSA :

Quotient familial CAF :

Nom de l'assurance couvrant l'enfant :

N° de contrat d'assurance :

Renseignements médicaux concernant l'enfant

L'enfant suit-il un traitement médical ? oui non

Si **Oui** lequel ? :

L'enfant a-t'il des besoins spécifiques qui nécessitent une prise en charge particulière (diabète, épilepsie, forte allergie, autres pathologies). oui non

Précisez.

Allergie : Médicamenteuse oui non Alimentation oui non

 Asthme oui non Autres oui non

Préciser la cause des allergies et la conduite à tenir (si automédication la préciser) :

Un **Projet d'Accueil Individualisé (PAI)** est-il mis en place : oui non

Commande de repas sans porc : **cocher la case si nécessaire**

Vaccins* obligatoires	Oui	Non	Dates des derniers rappels	Vaccins* recommandés	Dates
Diphtérie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Hépatite B	
Tétanos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Autres (préciser)	
Poliomyélite	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
Ou DT Polio	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
Ou Tétracoq	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
Ou Pentacoq	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
BCG	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
Rubéole-Oreillons-Rougeole	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			

(*Vaccins : se référer au carnet de santé ou au certificat de vaccination de l'enfant)

Si l'enfant n'a pas les vaccins obligatoires joindre un certificat médical de contre-indication.

L'enfant a-t'il 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"/>
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"/>	Rhumatismes	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>

Antécédents de santé (maladie, accident, crises convulsives, hospitalisation, opération, rééducation) en précisant les dates et les précautions à prendre : _____

Médecin traitant / hospitalisation

Nom : _____ Tél : _____

Je soussigné(e), _____ responsable de l'enfant _____ déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise les responsables du séjour à prendre, le cas échéant, toute mesure (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendue nécessaire par l'état de santé de l'enfant.

Les informations recueillies font l'objet d'un traitement informatique destiné à pouvoir contacter les familles en cas d'urgence et à fournir aux services médicaux les renseignements nécessaires. Les seuls destinataires sont la Communauté de Communes de la Plaine du Nord Loiret et les services médicaux d'urgence.

Je soussigné (père, mère ou tuteur légal) _____ autorise mon fils, ma fille :

- à participer à toutes les sorties :
OUI **NON**
- à la présentation ou à la reproduction de photographies ou vidéos de mon enfant prises dans le cadre des activités ou des sorties :
OUI **NON**

Fait à _____, le _____.
Signature précédée de la mention « lu et approuvé ».