

FICHE INDIVIDUELLE 2024-2025

VOTRE ENFANT

NOM, Prénom.....

Adresse :

.....

Né (e) le : Fille
Garçon

Classe scolaire 2024/2025 :.....

CAF MSA

N°CAF/MSA

QF

Enfant bénéficiaire de l'AEEH : OUI NON

Si oui N° AEEH :

J'autorise le personnel administratif à consulter
« CAF Compte partenaire » : OUI NON

Assurance (compagnie et contrat à noter) :
.....
.....

Accueils collectifs de mineurs souhaités (ouverture des droits sur le logiciel)

Mercredis

- ALSH 3-6 ans à Vinay
- ALSH 6-12 ans à Vinay
- ALSH 3-12 ans à Saint Quentin Sur Isère
- ALSH 3-12ans à Saint Romans

Vacances

- ALSH 3-6 ans à Vinay
- ALSH 6-12 ans à Vinay
- ALSH 3-12 ans à Saint Quentin Sur Isère
- ALSH 3-12ans à Saint Romans
- ALSH 3-12 ans à Cognin les Gorges (été)
- ALSH 3-12 ans à Pont en Royans (juillet)

Adolescents (à partir du collège)

- Accueil Adolescents à Vinay
- Accueil Adolescents à Pont en Royans

RESPONSABLES LEGAUX

NOM, Prénom : _____

Lien de parenté : _____

Adresse : _____

Téléphones : _____

Mail : _____

NOM, Prénom : _____

Lien de parenté : _____

Adresse : _____

Téléphones : _____

Mail : _____

Je soussigné (e).....responsable légal (e) de l'enfant, déclare avoir pris connaissance du règlement intérieur de l'année en cours des accueils collectifs de mineurs de Saint Marcellin Vercors Isère et m'engage à le respecter.

Règlement intérieur consultables sur le site internet de SMVIC et disponible sur les lieux d'accueils.

Date :

Signature du représentant légal :

ENFANT

NOM : PRÉNOM :
 DATE DE NAISSANCE:..... NOM DU MÉDECIN TRAITANT Tel.....
 Autorisation de rentrer seul OUI NON
 Autorisation de filmer ou photographier votre enfant : OUI NON

RESPONSABLE(S) DE L'ENFANT

NOM, PRÉNOM : NOM, PRÉNOM :
 TÉLÉPHONE : TÉLÉPHONE :

AUTRES PERSONNES A CONTACTER (autres que le/les responsable(s) de l'enfant)

Nom	Prénom	Téléphone	Lien de parenté avec l'enfant	Prévenir en cas d'urgence (Oui / Non)	Habilité-e à récupérer l'enfant (oui/ non)

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

VACCINS	DATES DU DERNIER RAPPEL (Jour-mois-année)	VACCINS	DATES DU DERNIER RAPPEL (Jour-mois-année)
<i>Diphtérie, Tétanos, Poliomyélite, Coqueluche (DTPC)</i>		<i>pneumocoque</i>	
<i>Haemophilus B</i>		<i>Méningocoque C</i>	
<i>Hépatite B</i>		<i>Rubéole-Oreillons-Rougeole</i>	

L'ENFANT A-T-IL UN PROJET D'ACCUEIL INDIVIDUALISÉ (P.A.I.) ? OUI NON

Si OUI merci de fournir le document complet.

L'ENFANT A-T-IL DES ALLERGIES (médicaments, alimentaires) ? OUI NON

CAUSES	MESURES À PRENDRE & SIGNES VISIBLES

DIFFICULTÉS DE SANTÉ (asthme, maladie, crises convulsives, trouble du comportement, opérations, etc.)

DIFFICULTÉS/ ANTÉCÉDENTS	MESURES À PRENDRE & SIGNES VISIBLES

RECOMMANDATIONS UTILES (régime alimentaire, comportement et adaptation de l'accueil, port de lunettes, etc.)

Toutes informations à transmettre à l'équipe pour un meilleur accueil individualisé de votre enfant

.....

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

Date :

Signature :