



Photo récente

Fiche de renseignement

Séjour du **au**

Organisateur Nouvelle Génération Guyane 23 rue Abel Azor 97310 KOUROU SIRET : 849 617 485 000 16	NOM & Prénom Date de naissance Âge : ans
--	--

Classe rentrée scolaire 2021/2022 :

École fréquentée :

Votre enfant présente-t-il des troubles de la santé : En cas d'allergie, un Protocole d'Accueil Individualisé (PAI) devra obligatoirement être établi (se rapprocher des responsables de l'Accueil de Loisirs).

PAI : OUI / NON Préciser la raison :

Information PARENTS

Nom de la Mère :	Nom du père :
Prénom :	Prénom :
Adresse :	Adresse :
Code Postal :	Code Postal :
Ville :	Ville :
N° tél. portable :	N° tél. portable :
N° tél. domicile :	N° tél. domicile :
Profession :	Profession :
N° tél. travail :	N° tél. travail :

Mail de Liaison

.....@.....

Nature du régime de sécurité sociale : général // fonctionnaire // maritime // agricole

N° allocataire CAF :

Quotient Familial :

Responsable Légal

NOM : Prénom :
Adresse : Code Postal :
Ville :
N° tél. portable : N° tél. domicile :
Profession : N° tél travail :

Personne(s) majeure(s) autorisée(s) à récupérer l'enfant (hors responsables légaux) :

NOM Prénom : Lien de parenté :

N° de Tél. :

NOM Prénom : Lien de parenté :

N° de Tél. :

Autorisation parentale

J'autorise mon enfant à être pris en photos dans le cadre des activités effectuées au centre

OUI // NON

Sait-il nager : **OUI // NON**

J'autorise mon enfant à se faire maquiller : **OUI // NON**

Déclaration du (des) responsable(s) légal (légaux) de l'enfant

Je soussigné(e) Mr et/ ou Mme certifie :

• l'exactitude des renseignements mentionnés dans cette fiche de renseignements et autorise le Responsable de l'Accueil de Loisirs à prendre, le cas échéant, toutes les mesures rendues nécessaires par l'état de l'enfant (traitement médical après consultation du médecin, hospitalisation, intervention chirurgicale). • Avoir pris connaissance du règlement intérieur, de m'engager à le respecter • Informer le centre de tout changement (revenus, adresse, situation, ...)

Fait à Le/...../.....

Signature(s) obligatoire(s)

PIÈCES À FOURNIR OBLIGATOIREMENT PAR LA FAMILLE

- **Une attestation d'assurance en Responsabilité Civile Individuelle EXTRA-SCOLAIRE**
- **La photocopie des vaccinations**
- **La photocopie des Cartes d'Identité des personnes majeures pouvant venir chercher votre enfant (hormis les responsables légaux) ≤**
- **Un justificatif de domicile de moins de 3 mois**
- **La photocopie de la décision de justice ou ordonnance de séparation fixant la résidence de l'enfant**

MINISTERE DE LA JEUNESSE ET DES SPORTS
Code de l'Action Sociale et des Familles N° 10008*02
FICHE SANITAIRE DE LIAISON 2021 : Association NGG

1 - L'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. Elle sera détruite en 2020. Merci de nous indiquer tout changement en cours de séjour.

2 - VACCINATIONS

VACCINS OBLIGATOIRES	OUI	NON	DATE DE DERNIER RAPPEL	VACCINS RECOMMANDÉS	DATE
Diphtérie				Hépatite B	
Tétanos				Oreillons rougeole rubéole	
Poliomyélite				Coqueluche	
Ou DT Polio				BCG	
Tétracoq				Autres (précisez)	

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 ?

RUBEOLLE		VARICELLE		ANGINE		OREILLONS		SCARLATINE	
OUI	NON	OUI	NON	OUI	NON	OUI	NON	OUI	NON
COQUELUCHE		OTITE		ROUGEOLE		RHUMATISME		ARTICULAIRE AÏGU	
OUI	NON	OUI	NON	OUI	NON	OUI	NON	OUI	NON

Allergies :

ASTHME

ALIMENTAIRES

MEDICAMENTEUSES

OUI // NON

OUI // NON

OUI // NON

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.

Recommandations utiles des parents : Votre enfant porte-t-il des lunettes, des lentilles, des prothèses auditives, des prothèses dentaires, etc. Précisez.

Observations diverses :

4 - RESPONSABLE DE L'ENFANT NOM

NOM _____ PRÉNOM _____

ADRESSE _____

Numéros de téléphone :

Mère : domicile : _____ portable : _____ travail _____

Père : domicile : _____ portable : _____ travail : _____

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.

Médecin traitant : Nom : _____ Tél : _____

N° de sécurité sociale de l'enfant : _____

Date :

Signature :