

	PERE	MERE
NOM ET PRENOM		
TEL FIXE		
TEL PORTABLE		
ADRESSE POSTALE		
E-MAIL		
PROFESSION ET EMPLOYEUR		
TEL PROFESSIONNEL		
REGIME ALLOCATAIRE		

Situation familiale : Mariés Pacsés En concubinage Séparés Divorcés

Autre :

ENFANTS				
NOM	PRENOM	DATE DE NAISSANCE	NOM ET N° ASSURANCE	QUOTIENT FAMILIAL



FICHE DE RENSEIGNEMENTS GENERAUX SEPT 2021- JUILLET 2022

Coordonnées du médecin traitant :

J'autorise les personnes mentionnées ci-dessous à venir chercher mon enfant et/ou à être joint si besoin :

Nom-prénom	Lien de parenté	téléphone

Facturation :

Choix du règlement :

- Prélèvement automatique (joindre un RIB +autorisation de prélèvement)
- Numéraire
- Chèque
- Paiement en ligne

Date et signature :

Commune de Fillière

300, rue des Fleuries • Thorens-Glières • 74570 Fillière

Tél. 04 50 22 82 32 • Mail : accueil.thorens-glieres@commune-filliere.fr

www.commune-filliere.fr



AUTORISATIONS

ACTIVITES SPORTIVES

Fil'O Sport sept 2021 – juillet 2022

Je soussigné(e).....,
père/mère de l'enfant.....,
scolarisé dans la commune déléguée de.....,

Autorise :

	<u>Oui</u>	<u>Non</u>
• Mon enfant à participer à toutes les activités sportives envisagées au cours de Fil'O Sport.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Le personnel à filmer et à prendre des photos de mon enfant dans la mesure où les films et les images ne seront destinés à aucun autre usage qu'un usage éducatif ou inhérent à la vie de l'activité	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• L'équipe d'animation et de direction à prendre toutes les mesures d'urgence qu'elle jugera nécessaires (SAMU, pompiers...)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• A voyager par moyen de transport collectif	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Fait le....., à

Signature :

Commune de Fillière

300, rue des Fleuries • Thorens-Glières • 74570 Fillière

Tél. 04 50 22 82 32 • Mail : accueil.thorens-glieres@commune-filliere.fr

www.commune-filliere.fr



MINISTÈRE DE LA JEUNESSE ET DES SPORTS

Code de l'Action Sociale et des Familles



N° 10008*02

**FICHE SANITAIRE
DE LIAISON**

1 - ENFANT

NOM : _____

PRENOM : _____

DATE DE NAISSANCE : _____

GARÇON FILLE

DATES ET LIEU DE SEJOUR :

CETTE FICHE PERMET DE RECUEILLIR DES INFORMATIONS UTILES PENDANT LE SEJOUR DE L'ENFANT ; ELLE EVITE DE VOUS DEMANDER DE SON CARNET DE SANTE ET VOUS SERA RENDUE A LA FIN DU SEJOUR.

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 RECOMMANDES	DATES
Diphthérie				Hépatite B	
Tétanos				Rubéole-Oreillons-Rougeole	
Poliomyélite				Coqueluche	
Ou DT polio				Autres (préciser)	
Ou Tétracoq					
BCG					

SI L'ENFANT N'A PAS LES VACCINS OBLIGATOIRES JOINDRE UN CERTIFICAT MEDICAL DE CONTRE-INDICATION ATTENTION : LE VACCIN ANTI-TETANIQUE NE PRESENTE AUCUNE CONTRE-INDICATION

3 - RENSEIGNEMENTS MEDICAUX 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 marqués au nom de l'enfant avec la notice)

Aucun médicament ne pourra être pris sans ordonnance.

L'ENFANT A-T-IL DEJA EU LES MALADIES SUIVANTES ?

RUBEOLE	VARICELLE	ANGINE	RHUMATISME ARTICULAIRE AIGU	SCARLATINE
OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>
COQUELUCHE	OTITE	ROUGEOLE	OREILLONS	
OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	

ALLERGIES : ASTHME non MEDICAMENTEUSES oui non
ALIMENTAIRES oui non AUTRES _____

PRECISEZ LA CAUSE DE L'ALLERGIE ET LA CONDUITE A TENIR (si automédication le signaler)

INDIQUEZ CI-APRES :
LES DIFFICULTES DE SANTE (MALADIE, ACCIDENT, CRISES CONVULSIVES, HOSPITALISATION, OPERATION, REEDUCATION) EN PRECISANT LES DATES ET LES PECAUTIONS A PRENDRE.

Votre enfant mouille-t-il son lit ? oui non parfois

4 - RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS
VOTRE ENFANT PORTE-T-IL DES LENTILLES, DES LUNETTES, DES PROTHESES AUDITIVES, DES PROTHESES DENTAIRES, ETC... PRECISEZ

Autorisez-vous votre enfant à fumer pendant le séjour ? oui non

5 - RESPONSABLE DE L'ENFANT

NOM : _____ PRENOM : _____

ADRESSE (PENDANT LE SEJOUR) : _____

TEL FIXE (ET PORTABLE), DOMICILE : _____ BUREAU : _____

NOM ET TEL DU MEDECIN TRAITANT (FACULTATIF) : _____

Je soussigné, _____, 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.

Date : _____ Signature : _____

A REMPLIR PAR LE DIRECTEUR A L'ATTENTION DES FAMILLES
COORDONNEES DE L'ORGANISATEUR DU SEJOUR OU DU CENTRE DE VACANCES

OBSERVATIONS