

# FICHE DE RENSEIGNEMENTS - JEUNESSE

## Fiche sanitaire - Contrat Local d'Accompagnement à la Scolarité (CLAS)

| Fiche de renseignements  |   |       |
|--|---|-------|
| Enfant   |   |       |
| Nom - prénom et sexe de l'enfant                               | .....<br>M      F   |       |
| Date de naissance  | .....   |       |
| École et niveau scolaire                                       | .....   |       |
| Parents Responsable légal                                      | Mère  | Père  |
| Nom - prénom   | .....   | ..... |
| Adresse  | .....   | ..... |
| Téléphone  | .....   | ..... |
| Mail   | .....   | ..... |
| N° allocataire CAF (à défaut, le tarif maximum sera appliqué : | N° de sécurité social auquel est affilié l'enfant : ..... |       |
|  | CMU (fournir l'attestation)                               |       |
| Assurance  | Organisme : .....<br>N° d'adhérent : .....                |       |

### Difficultés de santé – Précautions à prendre :

M et Mme ..... déclarent que mon enfant .....

- ne présente aucune allergie ou problème médical demandant une attention particulière en accueil collectif  
 présente une allergie ou un problème médical demandant une attention particulière en accueil collectif

Nature de l'allergie ou problème médical : .....

En cas d'impossibilité de nous joindre, nous autorisons les responsables de l'accueil et l'équipe médicale à prendre **toutes les mesures d'urgence** rendues nécessaires par l'état de mon enfant (transfert aux urgences, traitements médicaux, interventions chirurgicales, ...).

Nous attestons avoir pris connaissance du règlement intérieur des accueils collectifs de mineurs de la commune de RONCHIN (disponible sur le site de la ville) et nous nous engageons à le respecter.

### Autorisations :

- Nous autorisons notre enfant à retourner seul à la maison  
 En cochant cette case, j'autorise le droit à l'image de mon enfant

### Autorisations :

Nom du médecin traitant :  
 Ville :                      Tél :  
 Vaccin obligatoire (contre la diphtérie, le tétanos et la poliomyélite)  
 Date du dernier DTP : ..... /..... /.....  
 Régime alimentaire :  
 repas classique       repas sans viande

Fait à RONCHIN, le .....

**Signatures des deux parents précédées de la mention "Lu et approuvé"**