



Nom de l'enfant : .....  
 Prénom de l'enfant : .....  
 Sexe : .....  
 Date de naissance : .....  
 Date inscription : .....  
 Autorisation d'intervention médical : .....  
 Autorisation de rentrer seul : .....  
 Autorisation de Filmer : .....  
 Autorisation de transport en véhicule : .....

Ecole : .....  
 Classe : .....  
 Section : .....



Nage t-il : ..... Brevet Nat. : .....  
 Est-il assuré : ..... Assureur : .....  
 N° Contrat : ..... Début : ..... Fin : .....

Médecin traitant : .....  
 Lieu d'hospitalisation : .....  
 Type de repas : .....  
 Allergie repas : .....

Personnes non habilitées à récupérer l'enfant : .....  
 Personnes non habilitées à récupérer l'enfant : .....  
 Personnes non habilitées à récupérer l'enfant : .....

Personnes à prévenir en cas d'accident	Personnes habilitées à récupérer l'enfant
.....	.....
.....	.....
.....	.....

Nom du responsable : ..... Né(e) le : .....  
 Prénom du responsable : ..... Situation familiale : .....  
 Email : .....  
 Adresse : .....  
 Ville : .....  
 Tél. Domicile : ..... Tél. Professionnel : ..... Tél. Portable : .....  
 Codification : ..... N° poste : .....  
 Employeur : ..... Profession : .....  
 CAF : ..... N° CAF : .....  
 Régime : ..... N° : .....  
 Quotient : .....

**PERE : Nom :** ..... **Prénom :** ..... **Né le :** .....  
 Email : .....  
 Adresse : .....  
 Ville : .....  
 Tél. Domicile : ..... Tél. Professionnel : ..... Tél. Portable : .....  
 Codification : ..... N° poste : .....  
 Employeur : ..... Profession : .....

**MERE : Nom :** ..... **Prénom :** ..... **Née le :** .....  
 Email : .....  
 Adresse : .....  
 Ville : .....  
 Tél. Domicile : ..... Tél. Professionnel : ..... Tél. Portable : .....  
 Codification : ..... N° poste : .....  
 Employeur : ..... Profession : .....

Observations : .....

Je soussigné(e) ..... déclare exacts les renseignements notifiés ci-dessus.  
 Fait à ....., le : ..../.../..... Signature

## INFORMATION FAMILLES - INTERNET

La structure que fréquente votre enfant dépend de l'AFREJ (Association Familles Rurales Enfance et Jeunesse). Pour vous permettre d'avoir un maximum d'informations, deux outils de communication sont mis en place au sein de notre association :

- ✓ Le site Internet (retrouvez au verso le descriptif du site) : <https://afrejcoordination.wixsite.com/monsite>
- ✓ La page Facebook : **AFREJ**

Ces outils de communication vont vous permettre de suivre l'actualité de notre association et des différentes structures mais aussi, de suivre le quotidien de vos enfants dans leurs différentes activités.

Nous vous invitons à consulter ces outils régulièrement pour vous permettre de ne loucher aucune information !

Afin de faire vivre ces outils au maximum avec le quotidien de vos enfants, nous vous remercions de retourner le coupon ci-dessous aux directeurs des structures que fréquente votre enfant. Notre souhait est de vous faire partager le quotidien de vos enfants mais pas de les mettre en danger sur Internet. Aussi, nous publierons principalement des photos de groupe et bien évidemment, jamais de photos intimes d'enfants (ex. : pas de photos d'enfants en maillot de bain lors des sorties piscine, etc...). N'hésitez pas à visiter ces outils pour vous rendre compte par vous-même de ce qui y est publié.

Nous espérons que ces outils vous satisferont et espérons accueillir encore longtemps vos enfants au sein de notre association !

Je soussigné(e) .....  
responsable légal(e) de .....

- Autorise la publication de photos sur le site Internet de l'AFREJ
- Autorise la publication de vidéos sur le site Internet de l'AFREJ
- Autorise la publication de photos sur la page Facebook de l'AFREJ
- Autorise la publication de vidéos sur la page Facebook de l'AFREJ
- N'autorise aucune publication de mon enfant, ni photo ni vidéo, sur Internet

Date :

Signature :

### Association Familles Rurales Enfance et Jeunesse

1 rue de la Liberté  
01000 Bourg en Bresse

### Accueil de loisirs

#### Familles Rurales

01580 IZERNORE

Tél : .....

Mail : [frizernore@gmail.com](mailto:frizernore@gmail.com)

### Structures :

Accueil de loisirs à PERON :

Accueil de loisirs et Cantine à INJOUX GENISSIAT :

Halte-Garderie Itinérante au Pays de GEX :

Accueil de loisirs et Cantine à CHEVRY :

Accueil de loisirs et Cantine à COLLONGES (partenariat avec la commune de LEAZ)

Accueil de loisirs à LELEX

Accueil de loisirs à SEYSSEL (ex CORBONOD)

Accueil Péri-scolaire et Cantine à St TRIVIER SUR MOIGNANS

Accueil de loisirs et Cantine à FARGES

Accueil de loisirs et Cantine à POUIGNY

LA FONTAINE ENCHANTEE

POTÔMOMES - MIDIMOMES

LA ROULINOTTE

LES DRAGIBUS

LES OURSONS

LES LOUSLOUPS

LES P'TITS VAILLANTS

LA PERIGOLADE



1 – ENFANT

**FICHE SANITAIRE  
DE LIAISON  
2022**

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 au terme de l'accueil.  
Merci de nous indiquer tout changement en cours de séjour.**

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

VACCINS OBLIGATOIRES	DATES DES DERNIERS RAPPELS	VACCINS RECOMMANDÉS	DATES
Diphtérie		Hépatite B	
Tétanos		Rubéole Oreillons Rougeole	
Poliomyélite		Coqueluche	
<b>Ou</b> DT polio		BCG	
<b>Ou</b> Tétracoq		Autres (préciser)	

Si l'enfant n'a pas les vaccins obligatoires, joindre un certificat médical de contre-indication. **Attention** : le vaccin antitétanique 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 ?**

RUBEOLE	VARICELLE	ANGINE	OREILLONS	SCARLATINE
oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>				
COQUELUCHE	OTITE	ROUGEOLE	RHUMATISME ARTICULAIRE AIGÛ	
oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>				

**Allergies :**    **ASTHME** oui  non     **ALIMENTAIRES** oui  non     **MÉDICAMENTEUSES** oui  non   
**AUTRES** \_\_\_\_\_

Précisez la cause de l'allergie et la conduite à tenir (si automédication le signaler).

---



---

**En cas de régime alimentaire, précisez :**

**SANS VIANDE**

**SANS PORC**

**Indiquez ci-après :**

Les **difficultés de santé** (maladie, accident, comportement particulier, 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.

---

---

---

**BAIGNADE** : SAIT NAGER

SE DEBROUILLE

NE SAIT PAS NAGER

**Observations diverses :**

---

---

#### **4 - RESPONSABLE DE L'ENFANT**

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 : \_\_\_\_\_

Date :

Signature :