

|  |
| --- |
|  |

**Contact : PAUMIER Samantha : 07-80-54-22-47**

**Semaine du 2 au 5 novembre**

**25 € la semaine**

** STAGES « PRENDS TON PASS SPORT»**

***Année 2021-2022***

***(valable du 5 juillet 2021 au 31 août 2022)***

 *FICHE DE RENSEIGNEMENTS*

**IDENTITÉ DE L’ENFANT :**

Nom : …………………………………..………………………..……. Prénom : …………………………….……..…………………….

Date de naissance : …..…../…….…./……..….. Sexe : **♂** Garçon  **♀** Fille

Type de restauration\*: □ Normal – □ Sans porc – □ Sans viande

**Nom et lieu de l’école :** ……………………………………………………………………………………………………………………………..

**Niveau 2021/2022 : ᛲ** Primaire **ᛲ** Collège Précisez : ……………………………………………………..

**IDENTITÉS DES RESPONSABLES LÉGAUX**

**Représentant légal 1 : ᛲPère ᛲMère**

 **ᛲ Tuteur/-trice**

 **ᛲ Autre :**

Nom d’usage: ……….…………………….……………………………...

Nom de naissance: ………………………………………………………

Prénom : ……………………………………………………………………..

Autorité parentale : ᛲ OUI ᛲ NON

Situation familiale :

ᛲ Célibataire ᛲ Marié(e) ᛲ Veuf(ve)

ᛲ Pacsé(e) ᛲ Divorcé(e) ᛲ Concubinage

Adresse : …………………………….…………………………….……......

…………………………………….…………………………………….………

Code postal : …………………….

Commune : ……………………………………..………………..…………

N° Sécurité sociale : ……………………………………………………….

Téléphone (domicile) : ….…./….…./……../……../........

Téléphone (portable) : .……./….…./……../..…../….....

Téléphone (travail) : …….…./.……./……../……./........

Mail : ………………………………………………………………………….

**Représentant légal 2: ᛲPère ᛲMère**

 **ᛲ Tuteur/-trice**

 **ᛲ Autre :**

Nom d’usage: ……….…………………….………………………….…...

Nom de naissance: ………………………………………………………

Prénom : ……………………………………………………………………..

Autorité parentale : ᛲ OUI ᛲ NON

Situation familiale :

ᛲ Célibataire ᛲ Marié(e) ᛲ Veuf(ve)

ᛲ Pacsé(e) ᛲ Divorcé(e) ᛲ Concubinage

Adresse : ……………………….……………………………….……......

…………………………………….…………………………………….……

Code postal : …………………….

Commune : ……………………………………..………………..…………

N° Sécurité sociale : ……………………………………………………….

Téléphone (domicile) : ….…./….…./……../……../........

Téléphone (portable) : .……./….…./……../..…../….....

Téléphone (travail) : …….…./.……./……../……./........

Mail : …………………………………………………………………………….

**Coordonnées de l’employeur :**

**Catégorie socioprofessionnelle** à indiquer :

**🞏** Agriculteurs exploitants

**🞏** Artisans, commerçants, chefs d’entreprise

**🞏** Cadres et professions intellectuelles supérieures

**🞏** Professions intermédiaires

**🞏** Employés

**🞏** Ouvriers

**🞏** Autres :

Nom employeur :

Adresse :……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

**Coordonnées de l’employeur :**

**Catégorie socioprofessionnelle** à indiquer :

**🞏** Agriculteurs exploitants

**🞏** Artisans, commerçants, chefs d’entreprise

**🞏** Cadres et professions intellectuelles supérieures

**🞏** Professions intermédiaires

**🞏** Employés

**🞏** Ouvriers

**🞏** Autres :

Nom employeur :

Adresse :……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

Nom : ………………………………… Prénom : ………………………………… Date de naissance : ……/………/………

Classe : ………………………… École fréquentée: ………………..……………………….

Nom : ………………………………… Prénom : ………………………………… Date de naissance : ……/………/………

Classe : ………………………… École fréquentée: ………………..……………………….

Nom : ………………………………… Prénom : ………………………………… Date de naissance : ……/………/………

Classe : ………………………… École fréquentée: ………………..……………………….

**COMPOSITION FAMILIALE (frères et sœurs)**

**Personnes autorisées à reprendre l’enfant**

**Le FCFNJ préconise aux parents que ce soit une personne majeure qui récupère leur(s) enfant (s).**

**Une pièce d’identité pourra être demandée.**

Un mineur de plus de 12 ans peut reprendre l’enfant.

Nom : ……………………………………………………….................…… Prénom : ………..……….…………………………

Lien de parenté/autre : ……………..…………

Adresse : ……………………………………………………………………………………………………….………………………….….

N° de téléphone : ……/……/……/……/..….

Nom : ……………………………………………………….................…… Prénom : ………..……….…………………………

Lien de parenté/autre : ……………..…………

Adresse : ……………………………………………………………………………………………………….………………………….….

N° de téléphone : ……/……/……/……/..….

Nom : ……………………………………………………….................…… Prénom : ………..……….…………………………

Lien de parenté/autre : ……………..…………

Adresse : ……………………………………………………………………………………………………….………………………….….

N° de téléphone : ……/……/……/……/..….

Nom : ……………………………………………………….................…… Prénom : ………..……….…………………………

Lien de parenté/autre : ……………..…………

Adresse : ……………………………………………………………………………………………………….………………………….….

N° de téléphone : ……/……/……/……/..….

**Départ seul de votre enfant des stages FCFNJ (l’enfant doit avoir 9 ans révolus), cocher :**

 **et individuelle)ASSURANCE DE L’ENFANT (responsabilité civile et individuelle)**

***Compagnie de (ou des) l’assurance(s)****:* …………………………………………………………………………………………………………

***N° du (ou des) contrat(s)****:* ………………………………………………………………………………………………………………………………

***Adresse :*** ………………………………………………………………………………………………………………………….………………………...

***Document à fournir obligatoirement****:**Copie de l’attestation d’assurance*

|  |
| --- |
| **AUTORISATIONS**Je soussigné(e-és), ………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………responsable(s) légal (aux) de l’enfant ………………………………………………………………………….................... autorise (ons) :  |
| Veuillez cocher votre choix : | **OUI** | **NON** |
|  |
| Le transport de mon enfant dans le cadre des activités des stages |  |  |
| La prise de photos ou vidéos de notre enfant lors des stages, ainsi que ses productions (dessins, peintures, écritures, productions sonores, modelages…) et à utiliser ces images à des fins pédagogiques et à diffuser aux familles des participants à ces stages |  |  |
| Le journal l'UNION et les publications amies à photographier notre enfant lors des stages afin qu'un article soit publié à des fins pédagogiques |  |  |
| La diffusion des photos et vidéos prises lors des différents stages sur les supports de communication du FCFNJ (site internet, flyers …) |  |  |

**Régime d’allocation**

 CAF / MSA / Autre : ……………………………………………………………………………………………………………………………………………..

Numéro d’allocataire : …………………………………………………………………………………………………………………………………………..

Rattaché(e) à quel représentant légal (RL1 ou RL2) : ……………………………………………………………………………………………….

|  |
| --- |
| **Facturation des stages FCFNJ** |
|  Les factures se feront aux noms des deux représentants légaux de l’enfant dès lors que l’adresse est identique.En cas d’adresses différentes des responsables légaux, les factures seront adressées à :  Représentant légal 1  Représentant légal 2  Nom, Prénom et adresse de facturation si différents : …………………….……………….………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………... **En cas de séparation, quelles sont les modalités de garde (garde alternée, semaine paire ou impaire…) ? Merci de nous fournir la copie du jugement. En l’absence de ce document, le responsable légal identifié conserve ses droits.****En cas de facturation alternée – indiquer qui paye selon les semaines paires ou impaires :**  **Semaine paire :**  **Semaine impaire :** |

**Date et signature des représentants légaux** :

** STAGES FCFNJ**

***Année 2021-2022***

***(valable du 5 juillet 2021 au 31 août 2022)***

***FICHE SANITAIRE DE LIAISON***

*Cette fiche est utilisée dans le but de connaître les aspects médicaux de votre enfant. En cas d’urgence, ces renseignements seront utiles aux équipes médicales et personnels de soin.*

**Photo d’identité de l’enfant à coller**

**OBLIGATOIRE**

**(pas d’agrafes**)

 **IDENTITÉ DE L’ENFANT :**

 Nom : …………………………………………..…………………..….

 Prénom : ……………………………..…………………….

 Date de naissance : ……../…..…./………...

 Sexe : **♂** Garçon  **♀** Fille

 **IDENTITES DES RESPONSABLES LEGAUX**

**Représentant légal 1 : ᛲPère ᛲMère**

 **ᛲ Tuteur/-trice**

 **ᛲ Autre :**

Nom d’usage: ……….…………………….……………………………...

Prénom : ……………………………………………………………………..

Autorité parentale : ᛲ OUI ᛲ NON

Adresse : …………………………….…………………………….……......

…………………………………….…………………………………….………

…………………………………………………………………………………..

Téléphone (domicile) : ….…./….…./……../……../........

Téléphone (portable) : .……./….…./……../..…../….....

Téléphone (travail) : …….…./.……./……../……./........

**Représentant légal 2 : ᛲPère ᛲMère**

 **ᛲ Tuteur/-trice**

 **ᛲ Autre :**

Nom d’usage: ……….…………………….……………………………...

Prénom : ……………………………………………………………………..

Autorité parentale : ᛲ OUI ᛲ NON

Adresse : …………………………….…………………………….……......

…………………………………….…………………………………….………

…………………………………………………………………………………..

Téléphone (domicile) : ….…./….…./……../……../........

Téléphone (portable) : .……./….…./……../..…../….....

Téléphone (travail) : …….…./.……./……../……./........

 **PERSONNES A PREVENIR EN CAS D’URGENCE (autres que les représentants légaux) :**

 Nom : ……………………..……………...…… Prénom : ……………………………..…… N° de téléphone : …../…../…../…..…/….….

 Lien de parenté/autre : ……………………………...……….…………………….

 Nom : ……………………..……………...…… Prénom : ……………………………..…… N° de téléphone : …../…../…../…..…/….….

 Lien de parenté/autre : ……………………………...……….…………………….

 Nom : ……………………..……………...…… Prénom : ……………………………..…… N° de téléphone : …../…../…../…..…/….….

 Lien de parenté/autre : ……………………………...……….…………………….

 ***Coordonnées du médecin traitant* :**

 Nom et adresse : ……………………………………………….……………..….

 Code postal : \_ \_ \_ \_ \_ Commune : ………………………………………………………………..……..…………………………….

 Numéro de téléphone : ….……… / ……....… / ..……..… / ……….… / …………..

 En cas d’urgence, autorisez-vous le transport de votre enfant vers le centre hospitalier le plus proche : OUI NON

**VACCINATIONS** (cocher les cases correspondantes)

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **VACCINS OBLIGATOIRES** | **EFFECTUÉS** | **NON EFFECTUÉS** | **DATES DES DERNIERS RAPPELS** |
| Antidiphtérie |  |  |  |
| Antitétanique |  |  |  |
| Antipoliomyélitique |  |  |  |
| Coqueluche |  |  |  |
| Haemophilus influenzae de type b |  |  |  |
| Hépatite B |  |  |  |
| Pneumocoque |  |  |  |
| Méningocoque de sérogroupe C |  |  |  |
| ROR (Rubéole Oreillon Rougeole) |  |  |  |

 Documents à fournir obligatoirement : **Copies des vaccins**

 Si l’enfant n’a pas les **vaccins obligatoires**, merci de nous joindre un certificat médical de contre-indication.

***RENSEIGNEMENTS MEDICAUX***

 ***Traitement médical* :**

 Actuellement, votre enfant suit-il un traitement ?  **ᛲ Oui ᛲ Non**

 Si oui, merci de préciser lequel : ……………………………………………………………………………………………………....……………………….

**Si oui, dans le cadre des stages FCFNJ, joindre une ordonnance récente avec la posologie à donner 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. S’il y a un traitement récurrent, se rapprocher du FCFNJ pour la mise ne place d’un protocole allégé.**

***Maladies* :**

Votre enfant a-t-il déjà eu les maladies suivantes :

|  |  |
| --- | --- |
| RUBEOLE :  **ᛲ Oui ᛲ Non** | ROUGEOLE : **ᛲ Oui ᛲ Non** |
| COQUELUCHE : **ᛲ Oui ᛲ Non** | RHUMATISME ARTICULAIRE : **ᛲ Oui ᛲ Non**  |
| VARICELLE : **ᛲ Oui ᛲ Non** | OREILLONS : **ᛲ Oui ᛲ Non** |
| OTITE : **ᛲ Oui ᛲ Non** | SCARLATINE : **ᛲ Oui ᛲ Non** |
| ANGINE : **ᛲ Oui ᛲ Non** | AUTRE : (préciser) |

***Allergies* (préciser la cause et la conduite à tenir) :**

Pour toutes formes d'allergies, situation de handicap ou problématique médicale nécessitant un accueil spécifique de l'enfant, sur présentation d'un certificat médical, la mise en place d'un Projet d’Accueil Individualisé (PAI) en lien avec le médecin scolaire est obligatoire. Contacter le directeur de l'école ou les responsables du service Jeunesse du Pôle Territorial de la Vallée de la Suippe.

  **CONDUITE A TENIR**

|  |  |
| --- | --- |
| ASTHME   **ᛲ Oui ᛲ Non** |  |
| ALIMENTAIRE   **ᛲ Oui ᛲ Non** |  |
| MEDICAMENTEUSE  **ᛲ Oui ᛲ Non** |  |
| AUTRE   **ᛲ Oui ᛲ Non** |  |

***Autres difficultés de santé* :**

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Votre enfant porte-t-il des lunettes | **OUI** |  | **NON** |  |
| Si oui, doit-il les garder pendant les activités ? | **OUI** |  | **NON** |  |

Je /Nous soussigné(e/és), …………………………………………………..……………………………………….. (père, mère, tuteur/-trice) représentant légal de l’enfant, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise les responsables de la structure à prendre en cas d’accident ou incident toutes les mesures nécessaires à la sécurité, la santé et la moralité de mon enfant.

**Date et signature des représentants légaux :**

« Les informations personnelles recueillies ont pour finalité l’inscription de votre enfant aux stages FCFNJ.

Les données sont conservées pendant toute la scolarité de l’enfant. Les responsables du traitement sont le FCFNJ.