

# LISTE DES DOCUMENTS A FOURNIR

## A REMPLIR & SIGNER :

- Dossier enfant\* (1 par enfant).
- Fiche sanitaire\* (1 par enfant).
- Procuration parentale (1 par famille).
- Autorisations spécifiques obligatoires\* (1 par famille).
- Droit à l'image (1 par famille).

## DOCUMENTS :

- Photocopie carnet de vaccinations\* (1 par enfant).
- Photocopie de l'assurance Responsabilité Civile\* (1 par enfant).
- Attestation de quotient familial CAF\*.
  - Si non, attestation non-allocataire CAF\*.

## DOCUMENTS FACULTATIFS :

- CERFA-Sortie de territoire :
  - Obligatoire lors des sorties en Suisse (1 par enfant).
- Photocopie carte d'identité ou passeport de l'enfant.
  - Obligatoire lors des sorties en Suisse.
- Photocopie carte d'identité ou passeport du responsable.
  - Obligatoire lors des sorties en Suisse.
- Bons vacances CAF (si bénéficiaire).
- Photocopie du jugement en cas de divorce.

N'oubliez pas de prendre un rendez-vous auprès de l'accueil ou du secrétariat,  
pour rapporter et valider votre dossier.

Aucune inscription ne sera validée si le dossier n'est pas complet ou à jour.

**N° DE TÉLÉPHONE : 04.50.94.17.03**

(\*) Document à mettre à jour pour chaque nouvelle année scolaire.



**Nom de l'enfant :** .....

**Prénom de l'enfant :** .....

**Sexe :** Masculin / Féminin

**Date de naissance :** .....

**Né(e) à :** .....

**Date inscription :** .....

**Groupe de l'enfant :** .....

**Ecole :** .....

**Classe :** .....

**Section :** .....

**N= ADH :** .....

**Assureur :** .....

**Médecin traitant :** .....

**Lieu d'hospitalisation :** Thonon / CHAL

**NH CAF :** .....

**Type de repas :** Normal / Sans Porc / Autres .....

**Autorisation de transport en véhicule :** Oui / Non

**Droit à l'image :** Oui / Non

**Autorisation d'intervention médical :** Oui / Non

**Nom du responsable (facturation) :** .....

**Né(e) le :** .....

**Prénom du responsable :** .....

**Situation familiale :** .....

**Adresse :** .....

**Ville :** .....

**Quartier :** .....

**Tél. Domicile :** .....

**Tél. Portable :** .....

**Tél. Professionnel :** .....

**NH allocataire CAF :** .....

**Régime :** .....

**Sous tutelle financière :** .....

**Quotient 1 :** .....

**Nom de la CAF :** .....

**Organisme de tutelle :** .....

**PERE : Nom :** .....

**Prénom :** .....

**Né le :** .....

**Email :** .....

**Adresse :** .....

**Ville :** .....

**Tél. Domicile :** .....

**Tél. Portable :** .....

**Employeur :** .....

**Tél. Professionnel :** .....

**Profession :** .....

**MERE : Nom :** .....

**Prénom :** .....

**Née le :** .....

**Email :** .....

**Adresse :** .....

**Ville :** .....

**Tél. Domicile :** .....

**Tél. Portable :** .....

**Employeur :** .....

**Tél. Professionnel :** .....

**Profession :** .....

**Observations :** .....

J'accepte les modalités du règlement intérieur.

Je soussigné(e) ..... Déclare exacte les renseignements notifiés ci-dessus

Fait à ....., le : ...../...../20.....

**Signature :**

|  |   |
|--|---|
| <h1 style="margin: 0;">FICHE SANITAIRE<br/>DE LIAISON</h1> | <p><b>1 - ENFANT</b></p> <p>NOM : .....</p> <p>PRENOM : .....</p> <p>DATE DE NAISSANCE : .....</p> <p>GARCON <input type="checkbox"/>      FILLE <input type="checkbox"/></p> |
|--|---|

DATES ET LIEU DU SEJOUR : .....

CETTE FICHE PERMET DE RECUEILLIR DES INFORMATIONS UTILES PENDANT LE SEJOUR DE L'ENFANT;  
ELLE EVITE DE VOUS DEMUNIR 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<br>OBLIGATOIRES | O<br>U<br>I              | N<br>O<br>N              | DATES DES<br>DERNIERS RAPPELS | VACCINS<br>RECOMMANDES | DATES |
|-------------------------|--------------------------|--------------------------|-------------------------------|------------------------|-------|
| Diphtérie               | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |                               | Hépatite B             |       |
| Tétanos                 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |                               |                        |       |
| Poliomyélite            | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |                               | R.O.R.                 |       |
| Ou DT Polio             | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |                               | Coqueluche             |       |
| Ou Tétracoq             | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |                               | Autres (préciser)      |       |
| B.C.G.                  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |                               |                        |       |
| D.T.C.P.                | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |                               |                        |       |
| Pentavac                | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |                               | MONOTEST               |       |
| Prévenar                | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |                               |                        |       |

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 marquées 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 ?**

|   |   |   |   |   |
|---|---|---|---|---|
| <b>RUBEOLE</b>  | <b>VARICELLE</b>  | <b>ANGINE</b>   | <b>RHUMATISME<br/>ARTICULAIRE AIGÜ</b>                    | <b>SCARLATINE</b>   |
| 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"/> |
| <b>COQUELUCHE</b>   | <b>OTITE</b>  | <b>ROUGEOLE</b>   | <b>OREILLONS</b>  |   |
| 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    oui     non   
                   ALIMENTAIRES    oui     non

MEDICAMENTEUSES    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, OPERATIONS, REEDUCATION) EN PRECISANT LES DATES ET LES PRECAUTIONS A PRENDRE.

.....  
 .....  
 .....  
 .....  
 .....  
 .....

**4 - RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS**

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

.....  
 .....  
 .....  
 .....  
 .....

**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 LA STRUCTURE**

AFR DOUVAIN  
 CHEMIN DU MAISSE  
 74140 DOUVAIN

Tél. : 04.50.94.17.03 Fax : 04.50.94.17.03 Email : afr.douvaine@wanadoo.fr

**OBSERVATIONS**

.....  
 .....  
 .....  
 .....



# AUTORISATIONS SPÉCIFIQUES OBLIGATOIRES

(2020 – 2021)

Je soussigné (**NOM et PRENOM**) : .....

Représentant légal de/des enfant(s) (**NOM et PRENOM**) :

- .....
- .....
- .....

Autorise la Direction de l'AFR à :

- Faire hospitaliser mon enfant en cas de nécessité absolue, notamment sur l'hôpital de Thonon-les-Bains ou d'Annemasse.
- Lui donner tous les soins urgents que peut réclamer son état (selon prescription médicale).
- Lui donner des granules homéopathiques d'Arnica.

**Afin de réduire l'impact sur l'environnement, l'ensemble des documents (factures, relances, carte d'adhésion etc.) seront envoyés uniquement par mail ou disponible sur le Portail familles.**

Veuillez renseigner l'adresse mail référente pour l'envoi des documents et l'accès au Portail familles :

**Adresse e-mail** : .....

(Vous ne pouvez désigner qu'une adresse mail).

Enfin, je certifie avoir pris connaissance du **Règlement Intérieur** de l'AFR (*version mise à jour suite à l'AG du mercredi 7 octobre 2020*).

Je m'engage par la présente à respecter scrupuleusement les stipulations de ce règlement.

A ....., le ...../...../ 20.....

**SIGNATURE** :

# DROIT À L'IMAGE

Lors de la présence de votre enfant à l'AFR de DOUVAINE, des **photos** et **vidéos** sont prises par l'équipe. Ces photos et vidéos sont susceptibles d'être affichées dans nos locaux, de paraître sur notre site internet ou de nos partenaires, mais également dans le journal de la ville de Douvaine.

La plupart des photos et vidéos sont utilisées lors de la création d'activités avec vos enfants.

Afin d'être en règle avec l'article 9 du code civil (respect de la vie privée), nous avons besoin de votre accord pour l'usage de ces photos, sans limite dans le temps.

Je soussigné (**NOM et PRENOM**) : .....

Représentant légal de/des enfant(s) (**NOM et PRENOM**) :

- .....
- .....
- .....

Accepte

N'accepte pas

Que les photos et vidéos prises par l'AFR de Douvaine sur lesquelles mon/mes enfant(s) peut(vent) figurer soient utilisées par l'AFR de Douvaine.

**Cette autorisation est renouvelée par tacite reconduction d'année en année sauf indication contraire de votre part.**

A ....., le ...../...../ 20.....

**SIGNATURE :**

## ATTESTATION NON-ALLOCATAIRE CAF

NOM :

Prénom :

Date de naissance :

Adresse :

Atteste ne pas être titulaire d'un numéro allocataire et/ou ne pas bénéficier d'un quotient familial CAF.

Fait à

Le

Signature