

## FICHE INSCRIPTION SÉJOUR RÉPIT DES JEUNES AIDANTS FAMILIAUX

ENFANT

NOM : \_\_\_\_\_  
 PRENOM : \_\_\_\_\_  
 F  M Né(e) le : \_\_/\_\_/\_\_ à : \_\_\_\_\_  
 Enfant scolarisé :  oui  non  
 Niveau : \_\_\_\_\_

Votre enfant est-il déjà parti en séjour :  oui  non  
**Qu'aime faire votre enfant :**  
 Activités manuelles :  oui  non  
 Précisez : \_\_\_\_\_  
 Activités sportives :  oui  non  
 Précisez : \_\_\_\_\_  
**Autres :** \_\_\_\_\_

### Référent n°1

Nom : \_\_\_\_\_  
 Prénom : \_\_\_\_\_  
 Date : \_\_/\_\_/\_\_\_\_  
 Signature : \_\_\_\_\_

### Référent n°2

Nom : \_\_\_\_\_  
 Prénom : \_\_\_\_\_  
 Date : \_\_/\_\_/\_\_\_\_  
 Signature : \_\_\_\_\_

Situation familiale :  marié  pacsé  vie maritale  séparé  veuf(ve)

RÉFÉRENT  
N°1

Mme  M. NOM : \_\_\_\_\_ PRENOM : \_\_\_\_\_  
 Adresse : \_\_\_\_\_  
 Tél1 : \_\_/\_\_/\_\_/\_\_/\_\_/\_\_ Tél2 : \_\_/\_\_/\_\_/\_\_/\_\_  
 @ : \_\_\_\_\_  
 Profession : \_\_\_\_\_ Employeur : \_\_\_\_\_  
 Lieu de travail : \_\_\_\_\_ Tél pro : \_\_/\_\_/\_\_/\_\_/\_\_  
 Régime social :  général  agricole  
 N° sécu : \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ \_\_

RÉFÉRENT  
N°2

Mme  M. NOM : \_\_\_\_\_ PRENOM : \_\_\_\_\_  
 Adresse : \_\_\_\_\_  
 Tél1 : \_\_/\_\_/\_\_/\_\_/\_\_/\_\_ Tél2 : \_\_/\_\_/\_\_/\_\_/\_\_  
 @ : \_\_\_\_\_  
 Profession : \_\_\_\_\_ Employeur : \_\_\_\_\_  
 Lieu de travail : \_\_\_\_\_ Tél pro : \_\_/\_\_/\_\_/\_\_/\_\_  
 Régime social :  général  agricole  
 N° sécu : \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ \_\_

RÉGIME  
SOCIAL

**A quel parent est rattaché le jeune ?**  
 Parent n°1  Parent n°2  
**Si régime général :** n° allocataire CAF : \_\_\_\_\_/\_\_\_\_ (7 chiffres + 1 lettre)  
**Si régime agricole :** merci de vérifier l'orthographe de votre nom et votre numéro de sécurité sociale

REVENUS

Notez ici les **revenus annuels** de votre foyer avant déductions et abattements de votre avis d'imposition N-1 :  
 \_\_\_\_\_

# FICHE AUTORISATION

Je soussigné(e) \_\_\_\_\_,

Responsable légal(e) de l'enfant : \_\_\_\_\_

## → PRATIQUE SPORTIVE

- J'autorise Mon enfant à pratiquer tous les sports qui pourraient être proposés par l'équipe d'animation du séjour, y compris la natation. En cas de contre-indication permanente ou partielle, je fournis un certificat médical aux responsables du séjour.
- Je n'autorise pas

## → DROIT A L'IMAGE

- J'autorise Fédération Familles Rurales d'Eure et Loir à la prise de vue, la reproduction et à la diffusion de ma personne et mon enfant.
- Je n'autorise pas J'autorise la reproduction et la diffusion à titre gracieux pour les usages suivants : journaux Familles Rurales, supports vidéo Familles Rurales, illustrations documents d'informations Familles Rurales, journaux locaux.

## → RÉGLEMENT GÉNÉRAL DE PROTECTION DES DONNÉES

- J'autorise La Fédération départementale Familles Rurales à recueillir des informations me concernant auprès de ma CAF, dont mes ressources N-2, mon quotient familial N-2, le nombre d'enfant à charge, le nombre d'enfant en situation de handicap bénéficiaire de l'Aeéh. J'autorise la Fédération Familles Rurales d'Eure et Loir à garder les dossiers d'inscriptions et de renseignement pendant un délai de 5 ans.
- Je n'autorise pas

Conformément à la loi, vous avez un droit d'accès et de rectification à vos données

## → TRANSPORT

- J'autorise Le transport de mon enfant en autocar et bus si le séjour utilise ce moyen de transport.
- Je n'autorise pas
- J'autorise Le transport de mon enfant dans le véhicule particulier d'un bénévole de l'association ou d'un membre de l'équipe d'animation dans le cadre d'activité du séjour
- Je n'autorise pas

**J'autorise les personnes suivantes à être prévenues en cas d'urgence et venir récupérer mon enfant :**

### PERSONNE N°1 :

Mme  M. Nom : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_

Tél : \_\_/\_\_/\_\_/\_\_/\_\_

Lien avec les enfants :  amis  famille  voisin  autre : \_\_\_\_\_

### PERSONNE N°2:

Mme  M. Nom : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_

Tél : \_\_/\_\_/\_\_/\_\_/\_\_

Lien avec les enfants :  amis  famille  voisin  autre : \_\_\_\_\_

# FICHE ENFANT- FICHE SANITAIRE

## TRAITEMENT MEDICAL : oui non

Si oui, joindre une ordonnance récente et les médicaments correspondants (emballage d'origine marqué au nom de l'enfant).

**Aucun médicament ne sera donné sans ordonnance.**

## PROJET D'ACCUEIL INDIVIDUALISE : oui non

Si oui, joindre le transmettre au directeur et vous entretenir avec lui

## MALADIES :

Rubéole : <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	Varicelle : <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
Angine : <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	Scarlatine : <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
Coqueluche : <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	Oreillons : <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
Rougeole : <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	Otite : <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non

## ALLERGIES :

Alimentaire : <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
Médicamenteuse : <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
Asthme : <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
Autre : <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non

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

Indiquez ci-après les difficultés de santé (maladies, crises convulsives, hospitalisation, opération) en précisant les dates et les précautions à prendre :

Recommandations utiles des parents : lentilles, lunettes, prothèses auditives, dentaires ou autres :

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.

### Référent n°1

Nom : \_\_\_\_\_

Prénom : \_\_\_\_\_

Date : \_\_/\_\_/\_\_\_\_

Signature :

### Référent n°2

Nom : \_\_\_\_\_

Prénom : \_\_\_\_\_

Date : \_\_/\_\_/\_\_\_\_

Signature :