

FICHE INSCRIPTION SÉJOUR RÉPIT DES JEUNES AIDANTS FAMILIAUX

Année 2025

ENFANT

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

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 : 89 01 99 380 009 51

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, Waafaa ABAYBI responsable légal de l'enfant Khadija ABAYBI 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 :