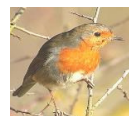




# FICHE DE RENSEIGNEMENT UNIQUE 2024/2025



## RENSEIGNEMENT CONCERNANT VOTRE / VOS ENFANT(S)

Nom : ..... Prénom : ..... Sexe : F  M

Date de naissance : ..... Lieu de naissance : .....

Classe : ..... Enseignant : .....

Allergies : .....

Régime alimentaire précisez :  sans viande  sans porc

PHOTO

Nom : ..... Prénom : ..... Sexe : F  M

Date de naissance : ..... Lieu de naissance : .....

Classe : ..... Enseignant : .....

Allergies : .....

Régime alimentaire précisez :  sans viande  sans porc

PHOTO

Nom : ..... Prénom : ..... Sexe : F  M

Date de naissance : ..... Lieu de naissance : .....

Classe : ..... Enseignant : .....

Allergies : .....

Régime alimentaire précisez :  sans viande  sans porc

PHOTO

## COORDONNEES - RESPONSABLES LEGAUX

Nom et prénom : .....

Adresse : .....

C.P. : ..... Ville : .....

N°Tél : ...../...../.....

N°Tél du travail : ...../...../.....

N° d'allocataire : .....

Bénéficiaire AEEH : .....

Quotient Familial : .....

Régime (caisse) : .....

E-mail @ : .....

Nom et prénom : ..... Adresse

: .....

C.P. : ..... Ville : .....

N°Tél : ...../...../.....

N°Tél du travail : ...../...../.....

N° d'allocataire : .....

Quotient Familial : ..... Régime

(caisse) : .....

E-mail @ : .....

Situation familiale : Célibataire  Pacsé  Marié  Divorcé  Recomposé  Concubinage

Responsable de l'enfant : Père  Mère  Tuteur

## AUTRES RENSEIGNEMENTS

En cas de séparation, le parent n'ayant pas la garde, est-il autorisé à récupérer l'enfant :  
Oui  Non

Personnes à prévenir en cas d'urgence  
(autres que les parents)

Nom et prénom : .....  
N° de téléphone : ...../...../...../.....  
Nom et prénom : .....  
N° de téléphone : ...../...../...../.....  
Nom et prénom : .....  
N° de téléphone : ...../...../...../.....

Personnes autorisées à récupérer l'enfant

Nom et prénom : .....  
N° de téléphone : ...../...../...../.....  
Nom et prénom : .....  
N° de téléphone : ...../...../...../.....  
Nom et prénom : .....  
N° de téléphone : ...../...../...../.....

**DECLARATION DU RESPONSABLE LEGAL**

Je soussigné (e) Mme /Mr : ..... Père  Mère  Tuteur

**J'autorise :**

1. Mon enfant à rentrer seul chez lui ?  Oui  Non  
Si oui, à quelle heure ? .....

2. Le personnel d'encadrement à faire soigner mon enfant et à faire pratiquer les soins d'urgence suivant les prescriptions du médecin et je m'engage à payer les frais médicaux et pharmaceutiques, d'hospitalisation et d'intervention chirurgicale éventuelle :  
 Oui  Non

3. Mon enfant à participer à toutes les activités du centre et certifie qu'il ne présente aucune contre-indication médicale à la pratique de ces activités :  Oui  Non

4. Mon enfant à être filmé et photographié :  Oui  Non

5. La diffusion de photos ou film sur le net ou autres :  Oui  Non

Je certifie exacts tous les renseignements portés sur ce document et avoir pris connaissance des règlements

Fait à ....., le..... **Signature obligatoire :**

**DOCUMENTS A FOURNIR A L'INSCRIPTION**

Pour l'ALSH et la cantine :

- Fiche sanitaire complétée et photocopie du carnet de vaccination à jour
- Justificatif de domicile
- Photo récente de l'enfant

N° d'allocataire CAF ou MSA et quotient familial (**Pour le calcul de la participation familiale**)



<b>FICHE SANITAIRE DE LIAISON</b>	<b>1 – ENFANT</b> NOM : _____ PRÉNOM : _____ DATE DE NAISSANCE : _____ GARÇON <input type="checkbox"/> FILLE <input type="checkbox"/>
---------------------------------------	---

**CETTE FICHE PERMET DE RECUEILLIR DES INFORMATIONS UTILES PENDANT LE SÉJOUR DE L'ENFANT ; ELLE ÉVITE DE VOUS DÉMUNIR DE SON CARNET DE SANTÉ ET VOUS SERA RENDUE À LA FIN DU SÉJOUR.**

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

VACCINS OBLIGATOIRES	oui	non	DATES DES DERNIERS RAPPELS	VACCINS RECOMMANDÉS	DATES
Diphthérie				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 ANTI-TÉTANIQUE NE PRÉSENTE AUCUNE CONTRE-INDICATION

2- **RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX CONCERNANT L'ENFANT :**

L'ENFANT A-T-IL DÉJÀ EU LES MALADIES SUIVANTES ?

RUBÉOLE	VARICELLE	ANGINE	RHUMATISME ARTICULAIRE AIGÛ	SCARLATINE
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"/>
COQUELUCHE	OTITE	ROUGEOLE	OREILLONS	
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   
 MÉDICAMENTEUSES :    oui     non   
 ALIMENTAIRES :                    oui     non   
 AUTRES : .....

**PRÉCISEZ LA CAUSE DE L'ALLERGIE ET LA CONDUITE À TENIR :  
(si automédication le signaler)**

---



---



---

**INDIQUEZ CI-APRÈS :**

LES **DIFFICULTÉS DE SANTÉ** (MALADIE, ACCIDENT, CRISES CONVULSIVES, HOSPITALISATION, OPÉRATION, RÉÉDUCATION) EN PRÉCISANT LES DATES ET LES **PRÉCAUTIONS À PRENDRE.**)

---

---

---

---

---

---

---

### 3 - RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS

VOTRE ENFANT PORTE-T-IL DES LENTILLES, DES LUNETTES, DES PROTHÈSES AUDITIVES, DES PROTHÈSES DENTAIRES, ETC...PRÉCISEZ.

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

### 4 - RESPONSABLE DE L'ENFANT

NOM \_\_\_\_\_ PRÉNOM \_\_\_\_\_

ADRESSE (PENDANT LE SÉJOUR)

---

---

---

---

---

---

Numéros de téléphone :

Mère : domicile : \_\_\_\_\_ portable : \_\_\_\_\_ travail : \_\_\_\_\_

Père : domicile : \_\_\_\_\_ portable : \_\_\_\_\_ travail : \_\_\_\_\_

NOM ET TÉL. DU MÉDECIN TRAITANT (FACULTATIF)

---

*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.*

N° de sécurité sociale : \_\_\_\_\_

Date :

Signature :