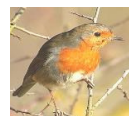




FICHE DE RENSEIGNEMENT UNIQUE 2025/2026



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 :

Date de naissance :

Lieu de naissance :

Adresse :

C.P. : Ville :

N°Tél :/...../...../.....

N°Tél du travail :/...../...../.....

N° d'allocataire :

Bénéficiaire AEEH :

Quotient Familial :

Régime (caisse) :

E-mail @ :

Nom et prénom :

Date de naissance :

Lieu de naissance :

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. 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**)



**FICHE SANITAIRE
DE LIAISON**

1 – ENFANT

NOM : _____

PRÉNOM : _____

DATE DE NAISSANCE : _____

GARÇON ☐ FILLE ☐

**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
Diphtérie				Hépatite B	
Tétanos				Rubéole Oreillons Rougeole	
Poliomyélite				Coqueluche	
Ou DT polio				BCG	
Ou 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 ☐ oui ☐ non	VARICELLE ☐ oui ☐ non	ANGINE ☐ oui ☐ non	RHUMATISME ARTICULAIRE AIGÛ ☐ oui ☐ non	SCARLATINE ☐ oui ☐ non
COQUELUCHE ☐ oui ☐ non	OTITE ☐ oui ☐ non	ROUGEOLE ☐ oui ☐ non	OREILLONS ☐ oui ☐ non	

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 :