



FICHE DE RENSEIGNEMENT UNIQUE
2026/2027



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 :

Quotient Familial :

Régime (caisse) :

Bénéficiaire AEEH :

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 Reconstitué 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 (Joindre une copie du jugement)

AUTRES CONTACTS

Nom - Prénom	Numéro de téléphone	Lien parenté	Autorisées à récupérer	Prévenir en cas d'urgence

DECLARATION DU RESPONSABLE LEGAL

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

J'autorise :

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

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

Mon enfant à être filmé et photographié :

Oui Non

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	ENFANT 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			DATES DES DERNIERS RAPPELS	VACCINS RECOMMANDÉS	DATES
	oui	non			
Diphtérie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Hépatite B	
Tétanos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Rubéole Oreillons Rougeole	
Poliomyélite	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Coqueluche	
Ou DT polio	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		BCG	
Ou Tétracoq	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		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
<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"/> oui <input type="checkbox"/> non
COQUELUCHE	OTITE	ROUGEOLE	OREILLONS	
<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	

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 :