

Enfant : Nom.....Prénom.....

Date de naissance/...../..... Age Sexe F M

N° de téléphone.....

N° de Sécurité sociale.....

Responsable légal 1

Nom.....

Prénom.....

Lien de parenté

Adresse.....

.....

N°de tel.....

Profession.....

N°employeur.....

N°allocataire:

Caf:.....

Msa.....

Autre:

Situation Familiale.....

E-mail.....

Responsable légal 2

Nom.....

Prénom.....

Lien de parenté

Adresse.....

.....

N°de tel.....

Profession.....

N°employeur.....

N°allocataire:

Caf:.....

Msa.....

Autre:

Situation Familiale.....

E-mail.....

☐ Je ne souhaite pas communiquer les renseignements Caf ou Msa ainsi que mes déclarations de revenus , je consens à ne pas bénéficier des tarifs adaptés

Important: tout changement de numéro de téléphone doit impérativement être transmis

Personnes à contacter en cas d'urgence

Nom.....

N° de téléphone.....

Nom.....

N° de téléphone.....

Fait le

Signature

Autorisations

Je soussigné.e Madame/Monsieur
responsable de l'enfant

Autorise mon enfant à fréquenter l'accueil de manière autonome et partir seul Oui Non

Droit à l'image

A l'occasion de sorties ou activités pédagogiques, il se peut que mon enfant
soit photographié ou filmé et paraître sur des publications Oui Non

Adresse Mail

J'autorise la municipalité à me communiquer des informations par mail Oui Non

Transport

Autorise mon enfant à participer aux activités proposées par l'équipe
pédagogique notamment celles nécessitant un moyen de transport.

Soins ou hospitalisation

Autorise le/la responsable de l'accueil à conduire mon enfant vers un Praticien ou
Centre hospitalier si la santé de mon enfant le nécessite.

M'engage à payer ou rembourser d'éventuels frais médicaux nécessaires
à la santé de mon enfant

Dégage la responsabilité du personnel et la municipalité pour toute perte
ou vol d'objet appartenant au jeune

fait le

Mention " Lu et Approuvé "

Signature

Information(s) complémentaires(s) qui vous voudriez porter à notre attention ?

.....
.....
.....
.....

Documents à joindre à cette fiche

- Copies des vaccins du carnet de santé ou certificat médical de vaccination
- Assurance extra-scolaire
- Fiche Sanitaire complétée
- Un règlement de de 10 euros

Renseignements Médicaux

☐ Je m'engage à prévenir la responsable de l'accueil de loisirs de tous changement relatifs à l'état de santé et à l'état physique de mon enfants
L'enfant suit-il un traitement ☐ oui ☐ non

Si oui, joindre une ordonnance récente des médicaments correspondants

(boite de médicaments dans l'emballage d'origine marqué au nom de l'enfant avec la notice)

Tous changements concernant un traitement doit-être signalé à la direction par écrit.

SCOLARISATION cocher une case ci-dessous et renseigner les éléments

Classe.....

☐ École ☐ Collège ☐ Lycée ☐ EREA Joan Miro ☐ Institution (IME, ITEP, IEM, IES...)
☐ CFA ☐ CFAS
☐ A Domicile ☐ Non concerné (+ 16 ans)

Nom de l'Etablissement ou de l'institution.....

L'enfant bénéficie t'il d'un Projet Personnel de Scolarisation (P.P.S)?

Le P.P.S propose des dispositifs tels que : GEVA-sco AVS/AESH ULIS materiel adapté
Pour garantir la qualité de l'accueil une rencontre vous sera proposée pour prendre en compte si nécessaire les besoins particuliers de votre enfant.

☐ Non ☐ Oui ☐ Ne souhaite pas répondre

REGIIME ALIMENTAIRE cocher la case correspondante.

A détailler dans la fiche sanitaire en cas de troubles de la santé, allergies, Projet d'accueil Individualisé (PAI), autres...

☐ ☐ ☐ ☐

SUIV ICOMPLÉMENTAIRE (CMP, CMPP, HDJ Hôpital de jour) cocher la case correspondante.

Pour garantir la qualité de l'accueil une rencontre vous sera proposée pour prendre en compte si nécessaire les besoins particuliers de votre enfant.

☐ ☐ ☐

BENEFICIAIRE DE L'AEEH cocher la case correspondante.

Recensement du nombre de bénéficiaires de l'Allocation d'Éducation de l'Enfant Handicapé à des fins statistiques pour la CAF. Cette valorisation permet l'octroi d'un financement « complément inclusif » pour améliorer la prise en compte des besoins particuliers de l'adolescent.e dans la structure.

☐ ☐ ☐

REMARQUES COMPLEMENTAIRES CONCERNANT L'ADOLESCENT.E

renseigner les éléments si nécessaire

.....
.....



FICHE SANITAIRE DE LIAISON

DOCUMENT CONFIDENTIEL

Joindre obligatoirement la copie du carnet de vaccination

NOM DU MINEUR :

PRENOM :

DATE DE NAISSANCE ://

SEXE : M ☐ F ☐

Cette fiche permet de recueillir des informations utiles concernant votre enfant (l'arrêté du 20 février 2003 relatif au suivi sanitaire des mineurs en séjour de vacances ou en accueil de loisirs).

1-VACCINATION (se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccinations)

VACCINATIONS OBLIGATOIRES	Oui	Non	DATES DES DERNIERS RAPPELS	VACCINS RECOMMANDÉS	DATES
Diphtérie				Coqueluche	
Tétanos				Haemophilus	
Poliomyélite				Rubéole-Oreillons-Rougeole	
				Hépatite B	
				Pneumocoque	
				BCG	
				Autres (préciser)	

SI LE MINEUR N'A PAS LES VACCINS OBLIGATOIRES JOINDRE UN CERTIFICAT MÉDICAL DE CONTRE-INDICATION.

2-RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LE MINEUR

Poids :kg ; Taille :cm (informations nécessaires en cas d'urgence)

Suit-il un traitement médical Oui Non

Si oui, joindre une ordonnance récente et les médicaments correspondants (boîtes de médicaments dans leur emballage d'origine marquées au nom de l'enfant avec la notice).

Aucun médicament ne pourra être administré sans ordonnance.

ALLERGIES : ALIMENTAIRES ☐ oui ☐ non
MEDICAMENTEUSES ☐ oui ☐ non
AUTRES (animaux, plantes, pollen) : ☐ oui ☐ non
Précisez

Si oui, joindre un **certificat médical** précisant la cause de l'allergie, les signes évocateurs et la conduite à tenir

Le mineur présente-t-il un **problème de santé, si oui préciser** ☐ oui ☐ non

P.A.I ☐ oui ☐ non Si,oui merci de vous rapprocher du responsable de la structure

Le mineur est il reconnu en situation de handicap ☐ oui ☐ non

3-RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS

Port des lunettes, de lentilles, d'appareil dentaire ou auditif, comportement de l'enfant, difficultés de sommeil, énurésie nocturne, etc...

4-RESPONSABLES DU MINEUR

Responsable N°1 : NOM : PRÉNOM :
ADRESSE :

TEL DOMICILE TEL TRAVAIL
TEL PORTABLE :

Responsable N°2 : : NOM : PRÉNOM :
ADRESSE :

TEL DOMICILE TEL TRAVAIL
TEL PORTABLE :

NOM ET TEL MEDECIN TRAITANT :

Je soussigné(e)....., responsable légal du mineur, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et m'engage à les réactualiser si nécessaire. J'autorise le responsable de l'accueil de loisirs à prendre, le cas échéant, toutes mesures rendues nécessaires selon l'état de santé de ce mineur.

Date : Signature :