

## FICHE DE RENSEIGNEMENTS Accueil de loisirs 3-13 ans

### Renseignements sur l'enfant

NOM .....Prénom.....

Date de naissance :...../...../.....

PHOTO DE  
L'ENFANT

### Renseignements sur les responsables légaux

#### Responsable légal :

NOM : ..... Prénom : .....

Adresse : .....

Village : .....

Téléphones : Domicile.....Portable.....

Adresse e-mail .....@.....

Situation familiale :

célibataire  marié/pacsé  concubinage  divorcé  veuf/veuve

NOM : .....Prénom : .....

Adresse : .....

Téléphones : Domicile.....Portable.....

Adresse e-mail .....@.....

Situation familiale :

célibataire  marié/pacsé  concubinage  divorcé  veuf/veuve

Informations à savoir : (interdiction de garde)

.....

N° de sécurité sociale : ...../...../...../...../...../...../...../...../...../...../.....

CAF  MSA  EDF  AUTRES (précisez)  .....

**N° allocataire (Obligatoire) :** .....

Personnes à prévenir en cas d'urgence  
(Si les responsables ne peuvent pas joindre les responsables légaux)

NOM : .....Prénom : .....  
Téléphones : Domicile.....Portable.....

NOM : .....Prénom : .....  
Téléphones : Domicile.....Portable.....

Personnes autorisées à venir chercher l'enfant

NOM : .....Prénom : .....  
Lien avec la famille : .....  
Téléphones : Domicile.....Portable.....

NOM : .....Prénom : .....  
Lien avec la famille : .....  
Téléphones : Domicile.....Portable.....

NOM : .....Prénom : .....  
Lien avec la famille : .....  
Téléphones : Domicile.....Portable.....

NOM : .....Prénom : .....  
Lien avec la famille : .....  
Téléphones : Domicile.....Portable.....

**Renseignements sur régimes alimentaires :**

Votre enfant a-t-il un régime alimentaire particulier ?

Repas sans porc       Repas sans viande       Repas fourni par vos soins\*

\* En cas d'allergie déclaré par votre médecin, merci de nous faire parvenir la copie du certificat médical (P.A.I), vous pourrez alors fournir le repas de votre enfant préparé par vos soins.

**Renseignements sur régimes alimentaires :**

# FICHE SANITAIRE DE LIAISON

## Accueil de loisirs 3-13 ans

Les informations médicales propres à chaque enfant doivent être portées à la connaissance de l'équipe d'encadrement.

### I. Enfant :

Nom : .....Prénom : ..... Date de naissance : ...../...../.....

Sexe : garçon  fille

Groupe sanguin : .....

Votre enfant est-il porteur d'un handicap ? OUI  NON

Informations à savoir : .....

Nom et coordonnées du médecin traitant : .....

### II. Vaccinations : joindre les photocopies des VACCINS du carnet de santé

Sont-ils à jour : oui  non

### III. Renseignements médicaux concernant l'enfant :

L'enfant a-t-il déjà eu les pathologies suivantes ?

Rubéole	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>	Allergies	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
Varicelle	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>	Asthme	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
Angines	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>	Otites	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
Scarlatine	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>	Rougeole	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
Coqueluche	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>	Oreillons	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>

Indiquez ici les autres difficultés de santé : (maladies, accidents, crises convulsives, allergies, hospitalisations, opérations, rééducations...)

### IV- Recommandations des parents :

Si votre enfant suit un traitement médical, qui ne dispose pas de soin durant le centre, veuillez en informer l'équipe pédagogique.

Si votre enfant doit suivre un traitement pendant son séjour, vous devez impérativement fournir les médicaments et impérativement joindre l'ordonnance qui devra être explicite. Celui-ci sera administré par le responsable sanitaire du centre.

L'enfant mouille-t-il son lit à la sieste ? non  occasionnellement  oui

Je soussigné(e), \_\_\_\_\_ responsable légal de l'enfant, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise le responsable du centre à présenter l'enfant à un médecin. J'autorise le médecin à prendre, le cas échéant, toutes les mesures nécessaires, en cas d'urgence médicalement justifiée par l'état de l'enfant, notamment tout examen, investigation et intervention, y compris l'hospitalisation d'urgence.

**J'attire votre attention sur l'importance de disposer des renseignements exacts et complets pour le meilleur service, accueil et suivi auprès de votre enfant.**

Date

Signature du responsable légal  
*(Précédée de la mention lu et approuvé)*

## PIECES A FOURNIR

La copie du dernier avis d'imposition  
Les bons caf : aide aux temps libres (si vous en bénéficiez)  
La photocopie des vaccins  
Une photo

## AUTORISATIONS

**J'autorise / je n'autorise pas** mon enfant à participer aux activités et aux sorties proposées par l'accueil de loisirs ainsi que les déplacements en mini-bus ou car.

**J'autorise / je n'autorise pas** la prise de photos et de vidéo dans le cadre des activités de l'accueil de loisirs.

**J'autorise la diffusion** : à cochez

Journal local	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Facebook « page de l'accueil de loisirs »	<input type="checkbox"/>	
Site du Piémont Cévenol	<input type="checkbox"/>	
Exposition	<input type="checkbox"/>	

### *Pour les enfants de plus de 6 ans*

Je soussigné(e), ..... responsable légal de l'enfant, autorise mon enfant à rentrer seul, à partir de ....H.....

Date

Signature précédée de la mention « Lu et Approuvé »

### ENGAGEMENT DU REPRESENTANT LEGAL

Je soussigné(e), ..... responsable légal de l'enfant, reconnais avoir pris connaissance du règlement de fonctionnement de l'accueil de loisirs et m'engage à le respecter.

Date

Signature précédée de la mention  
« Lu et Approuvé »