

ACCUEIL DE LOISIRS DE SAINT-MARTIN-BELLE-ROCHE  
FICHE DE RENSEIGNEMENTS 2024

Nom Prénom de l'enfant : \_\_\_\_\_

Date de naissance : \_\_ / \_\_ / \_\_ Garçon  Fille

Ecole fréquentée : \_\_\_\_\_ Niveau : \_\_\_\_\_ Nom de l'instituteur.trice: \_\_\_\_\_

Compagnie d'assurance : \_\_\_\_\_

N° de police d'assurance : \_\_\_\_\_

## PARENTS

Vie commune  Séparés  Veuve/veuf

Garde partagée (à indiquer si changement possible durant les semaines de garderie)

Même en cas de divorce et de non garde de l'un des parents, il est impératif de remplir les coordonnées des deux parents (sauf cas de décès).

### PARENT DESTINATAIRE DES FACTURES :

Mère  Père

### PARENT 2

Nom : \_\_\_\_\_

Nom : \_\_\_\_\_

Prénom : \_\_\_\_\_

Prénom : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Tél 1 : \_\_\_\_\_

Tél 1 : \_\_\_\_\_

(Tél 2) : \_\_\_\_\_

(Tél 2) : \_\_\_\_\_

Mail : \_\_\_\_\_

Mail : \_\_\_\_\_

Profession : \_\_\_\_\_

Profession : \_\_\_\_\_

Employeur : \_\_\_\_\_

Employeur : \_\_\_\_\_

Tel : \_\_\_\_\_

Tel : \_\_\_\_\_

N° de sécurité sociale : \_\_\_\_\_ Organisme et ville : \_\_\_\_\_

Régime :  CAF  MSA  Autre : \_\_\_\_\_

N° Allocataire : \_\_\_\_\_

Personne(s) également autorisée(s) à déposer ou récupérer l'enfant :

\_\_\_\_\_

- *Durant son accueil, la photo de votre enfant peut être utilisée à des fins uniques d'organisation sur le centre ou pour une utilisation destinée à une fabrication vous revenant. Les photos sont supprimées après utilisation. En inscrivant votre enfant au centre, vous en autorisez cette utilisation.*

- Occasionnellement, des photos de groupe ou mettant une activité en avant peuvent être utilisées, à échelle locale, pour promouvoir les activités pédagogiques du centre (article dans le journal, bulletin communal, diffusion au cours de l'Assemblée Générale). **En cas de refus, merci de cocher cette case**

-> J'autorise également la diffusion locale de photos individuelles de mon enfant, dans un contexte d'activité, celle-ci ne venant pas nuire à l'image de ce dernier. Oui  Non

- **L'inscription au Centre de Loisirs les jours de sortie entraine votre autorisation à ce que votre enfant y participe.**

**Votre signature ci-dessous atteste de votre lecture et acceptation du règlement intérieur (envoyé par mail et disponible au centre de loisirs)**

Fait à :

Le :

Signature :

**FICHE SANITAIRE DE LIAISON 2024**  
Document confidentiel  
Joindre obligatoirement la photocopie du carnet de vaccination  
*Code de l'action sociale et des familles*  
*Cette fiche permet de recueillir des informations utiles concernant votre enfant (l'arrêté du 20 février 2003 relatif au suivi sanitaire des mineurs en séjours de vacances ou en accueil de loisirs).*

Nom du mineur : \_\_\_\_\_  
Prénom : \_\_\_\_\_  
Date de naissance : \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
Sexe :  Féminin  Masculin

**1- Vaccinations** (se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccination)

VACCINATION OBLIGATOIRE*	DATES DES DERNIERS RAPPELS	VACCINS RECOMMANDÉS OU OBLIGATOIRE POUR LES ENFANTS NES A PARTIR DE 2018	DATES DES DERNIERS RAPPELS
Diphtérie		Coqueluche	
Tétanos		Haemophilus influenzae b	
Poliomyélite		Rubéole-Oreillons-Rougeole	
		Hépatite B	
		Pneumocoque	
		BCG	
		Méningocoque C	
		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  
A-t-il un PAI (Protocole d'Accueil Individualisé) :  Oui  Non

Si oui, joindre une ordonnance récente et/ou le PAI 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  
Médicamenteuse :  Oui  Non  
Autre (animaux, plantes, pollen...) :  Oui  Non

Si oui, 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 ?  Oui  Non  
(asthme, maladie, accident, crises convulsives, hospitalisation, opération, rééducation en précisant les dates et les précautions à prendre ...)

Si oui, précisez : .....

Le mineur suit-il un régime alimentaire ?  Oui  Non

Si oui, précisez : .....

Votre enfant a-t-il déjà eu les maladies suivantes ?

MALADIE :	Oui :	Non :	Si oui, précisez la date :
Varicelle			
Otite			
Rubéole			
Rougeole			
Oreillons			
Coqueluche			
Angine			
Rhumatisme articulaire aigu			
Scarlatine			

**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.*

.....  
.....

Nom, ville et téléphone du médecin 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.

Fait à : ..... Signature :

Le : .....