



Photo récente

FICHE DE RENSEIGNEMENTS SOULA
ACCUEIL de LOISIRS

RENSEIGNEMENTS CONCERNANT L'ENFANT

NOM & Prénom :

Date de naissance : Âge : ans

École fréquentée : Classe rentrée 20..... :

Votre enfant présente-t-il des troubles de la santé : En cas d'allergie, un Protocole d'Accueil Individualisé (PAI) devra obligatoirement être établi (se rapprocher des responsables de l'Accueil de Loisirs).

PAI : OUI / NON Préciser la raison :

INFORMATIONS DES PARENTS / RESPONSABLE LEGAL

Nom de la mère (ou resp. Légal) :	Nom du père (ou resp. Légal) :
Prénom :	Prénom :
Adresse :	Adresse :
Code Postal :	Code Postal :
Ville :	Ville :
N° tél. portable :	N° tél. portable :
N° tél. domicile :	N° tél. domicile :
Profession :	Profession :
N° tél. travail :	N° tél. travail :

MAIL DE LIAISON

.....@.....

Nature du régime de sécurité sociale : ☐ général / ☐ fonctionnaire / ☐ maritime / ☐ agricole

N° allocataire CAF : Quotient Familial :



Photo récente

FICHE DE RENSEIGNEMENTS SOULA

Périscolaire

MERCREDI		
Matin uniquement (sans repas)	Après-midi uniquement (sans repas)	Journée complète

→ Cochez la mention désirée

RENSEIGNEMENTS CONCERNANT L'ENFANT

NOM & Prénom :

Date de naissance : Âge : ans

École fréquentée : Classe rentrée 20..... :

Votre enfant présente-t-il des troubles de la santé : En cas d'allergie, un Protocole d'Accueil Individualisé (PAI) devra obligatoirement être établi (se rapprocher des responsables de l'Accueil de Loisirs).

PAI : OUI / NON Préciser la raison :

.....

INFORMATIONS DES PARENTS / RESPONSABLE LEGAL

Nom de la mère (ou resp. Légal) :	Nom du père (ou resp. Légal) :
Prénom :	Prénom :
Adresse :	Adresse :
Code Postal :	Code Postal :
Ville :	Ville :
N° tél. portable :	N° tél. portable :
N° tél. domicile :	N° tél. domicile :
Profession :	Profession :
N° tél. travail :	N° tél. travail :

MAIL DE LIAISON

.....@.....

Nature du régime de sécurité sociale : ☐ général / ☐ fonctionnaire / ☐ maritime / ☐ agricole

N° allocataire CAF : Quotient Familial :

PERSONNE(S) MAJEURE(S) AUTORISÉ(E(S) À RÉCUPÉRER L'ENFANT (HORS RESPONSABLES LÉGAUX) :

NOM Prénom :

Lien de parenté :

N° de Tél. :

NOM Prénom :

Lien de parenté :

N° de Tél. :

NOM Prénom :

Lien de parenté :

N° de Tél. :

AUTORISATION PARENTALE

J'autorise mon enfant à être pris en photos dans le cadre des activités effectuées au centre.

OUI / NON

Sait-il nager : **OUI / NON**

J'autorise mon enfant à se faire maquiller : **OUI / NON**

DÉCLARATION DU/DES RESPONSABLE(S) LÉgal/LÉGAUX DE L'ENFANT

Je soussigné(e) M. et/ ou Mme.....
certifie :

→ L'exactitude des renseignements mentionnés dans cette fiche de renseignements et autorise le Responsable de l'Accueil de Loisirs à prendre, le cas échéant, toutes les mesures rendues nécessaires par l'état de l'enfant (traitement médical après consultation du médecin, hospitalisation, intervention chirurgicale).

→ Avoir pris connaissance du règlement intérieur, de m'engager à le respecter • Informer le centre de tout changement (revenus, adresse, situation, ...)

Fait à Le/...../.....

Signature(s) obligatoire(s) :

PIÈCES À FOURNIR OBLIGATOIREMENT PAR LA FAMILLE

→ Une attestation d'assurance en Responsabilité Civile Individuelle EXTRA-SCOLAIRE

→ La photocopie des vaccinations

→ La photocopie des Cartes d'Identité des personnes majeures pouvant venir chercher votre enfant (hormis les responsables légaux)

→ Un justificatif de domicile de moins de 3 mois

→ La photocopie de la décision de justice ou ordonnance de séparation fixant la résidence de l'enfant

MINISTERE DE LA JEUNESSE ET DES SPORTS

Code de l'Action Sociale et des Familles N° 10008*02

FICHE SANITAIRE DE LIAISON 2022

1 - L'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. Elle sera détruite en 2020. Merci de nous indiquer tout changement en cours de séjour.

2- VACCINATIONS

VACCINS OBLIGATOIRES	oui	non	DATES DES DERNIERS RAPPELS	VACCINS RECOMMANDÉS	DATES
Diphtérie				Hépatite B	
Tétanos				Oreillons Rougeole Rubéole	
Poliomyélite				Coqueluche	
Ou DT polio				BCG	
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.

3- RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX CONCERNANT L'ENFANT

L'enfant suit-il un traitement médical pendant le séjour ? O U I / N O N

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 pris sans ordonnance.

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

RUBEOLE	VARICELLE	ANGINE	OREILLONS	SCARLATINE
oui non	oui non	oui non	oui non	oui non
COQUELUCHE	OTITE	ROUGEOLE	RHUMATISME	ARTICULAIRE AIGÛ
oui non	oui non	oui non	oui non	oui non

Allergies :

ASTHME

OUI // NON

ALIMENTAIRES

OUI // NON

MEDICAMENTEUSES

OUI // NON

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.

.....

.....

.....

Recommandations utiles des parents : Votre enfant porte-t-il des lunettes, des lentilles, des prothèses auditives, des prothèses dentaires, etc. Précisez.

.....

.....

.....

Observations diverses :

.....

.....

.....

4- RESPONSABLE DE L'ENFANT

NOM : Prénom :

Adresse : Code postal :

Numéros de téléphone :

Mère : domicile :/ portable:...../ travail :

Père : domicile :/ portable:...../ travail :

Resp. Légal : domicile :/portable :/ travail :

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.

Médecin traitant : Nom : Tél :

N° de sécurité sociale de l'enfant :

Date :

Signature du responsable suivie de la mention lu et approuvé