

FICHE SANITAIRE DE LIAISON

Précautions d'accueil :

Mon enfant a un régime alimentaire particulier :

- Végétarien (sans viande ni poisson) Végétalien (sans aliment produit par un animal)
- Sans porc Sans poisson
- Sans viande

Tout régime alimentaire pour raisons médicales (allergie, intolérance, etc.), doit être justifié par un Projet d'Accueil Individualisé ou un justificatif médical

Est accompagné sur le temps scolaire d'un Assistant de Vie Scolaire

Renseignements médicaux concernant mon enfant :

Mon enfant a :

Une allergie alimentaire : _____

Une allergie médicamenteuse : _____

Une allergie autre : _____

Précisez les causes de l'allergie ainsi que la conduite à tenir : _____

En cas de prise de médicaments sur le temps d'accueil de loisirs, joindre impérativement :

- une ordonnance récente

- les médicaments correspondants dans leur emballage d'origine marqués au nom de l'enfant avec la notice d'utilisation

Autres difficultés de santé (maladie, accident, opération, etc.) : précisez les dates et les précautions à prendre : _____

VACCINATIONS

Les vaccinations contre la diphtérie, le tétanos, la poliomyélite, la coqueluche, l'Haemophilus influenzae b, l'hépatite B, le méningocoque C, le pneumocoque, la rougeole, les oreillons et la rubéole sont obligatoires avant l'âge de 2 ans pour les nourrissons nés à partir du 1^{er} janvier 2018.

Mon enfant doit obligatoirement être à jour de ses vaccins pour être accueilli en collectivité.

- Mon enfant est né avant 2018 : DTP (Diphtérie, Tétanos, Poliomyélite)
- Mon enfant est né à partir du 1^{er} janvier 2018 : 11 vaccins

Joindre obligatoirement :

- Les pages vaccination de son carnet de santé
- OU tout document du professionnel de santé attestant de la réalisation des vaccins

Si vous ne pouvez transmettre ces éléments de manière dématérialisée, il convient de compléter précisément les éléments ci-dessous, en vous référant au carnet de santé de votre enfant.

Enfants nés avant 2018	Enfants nés après le 01.01.2018	Type de Vaccin	Date du dernier rappel
		Diphtérie Tétanos Coqueluche Poliomyélite	
		BCG – monotest	
		Haemophilus Influenzae b	
		Hépatite B	
		Méningocoque C	
		Pneumocoque	
		Rougeole Oreillons Rubéole	
		Varicelle	

J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements fournis dans ce dossier, en vue de l'inscription aux accueils de loisirs périscolaires et extrascolaires de mon enfant.

Fait à : _____

Le : _____

Signature(s) du (des) responsable(s) :

- Couple (PACS, mariage, etc.) Famille recomposée (parent + beau-parent)
- Famille monoparentale (parent seul) Famille d'accueil

REPRESENTANTS LEGAUX

Représentant légal n°1 (RL1) – Payeur par défaut des activités

Civilité : Madame Monsieur

NOM : _____

Prénom : _____

Date de naissance : ____ / ____ / ____ Lieu de naissance : _____

☎ Portable : _____ (obligatoire)

☎ Domicile : _____ ☎ Travail : _____

✉ Adresse mail (obligatoire) : _____

Représentant légal n°2

Civilité : Madame Monsieur

NOM : _____

Prénom : _____

Date de naissance : ____ / ____ / ____ Lieu de naissance : _____

☎ Portable : _____ (obligatoire)

☎ Domicile : _____ ☎ Travail : _____

✉ Adresse mail (obligatoire différente du RL1) : _____

Est autorisé(e) à récupérer l'enfant : OUI NON

Autorité parentale : OUI NON – joindre la décision judiciaire

Famille divorcée ou séparée

Dans le cadre d'une garde alternée, joindre impérativement :

- une copie du jugement

- un planning précis pour toute inscription à une activité (périscolaire, vacances, etc.)

Adresse de la famille :

Numéro : _____ Complément (bâtiment, appartement) : _____

Voie : _____

Code postal : _____ Commune : _____

INFORMATIONS PAIEMENT

Allocataire des prestations familiales :

NOM : _____ Prénom : _____

Organisme : CAF Numéro d'allocataire : _____

MSA Numéro d'allocataire : _____

Pour les accueils de loisirs extrascolaires (vacances), joindre :

- les Aides aux Temps Libres CAF

- ou les bons vacances MSA

- ou tout autre justificatif de prise en charge à l'inscription

Quotient Familial : _____

Nombre d'enfant(s) à charge : _____

Payeur : (**Si différent** du RL1 – joindre l'attestation de prise en charge)

Organisme Personne

Nom de l'organisme / personne : _____

Adresse :

Numéro : _____ Complément (bâtiment, appartement) : _____

Voie : _____

Code postal : _____ Commune : _____

Mon enfant est accueilli en famille d'accueil : OUI – Compléter les informations

Civilité : Madame Monsieur

NOM : _____ Prénom : _____

Adresse :

Numéro : _____ Complément (bâtiment, appartement) : _____

Voie : _____

Code postal : _____ Commune : _____

☎ Téléphone : _____ ☎ Portable : _____

✉ Adresse mail: _____

PERSONNES DE CONFIANCE AUTRES QUE LES REPRESENTANTS LEGAUX

Les personnes de confiance sont les personnes autorisées à récupérer l'enfant à l'issue des temps d'accueil, ou à être appelées en cas d'urgence.

Personne de confiance n°1 (obligatoire)

Civilité : Madame Monsieur

NOM : _____ Prénom : _____

Lien avec mon enfant : _____

☎ Domicile : _____

☎ Portable : _____ (obligatoire)

Personne de confiance n°2

Civilité : Madame Monsieur

NOM : _____ Prénom : _____

Lien avec mon enfant : _____

☎ Domicile : _____

☎ Portable : _____

Personne de confiance n°3

Civilité : Madame Monsieur

NOM : _____ Prénom : _____

Lien avec mon enfant : _____

☎ Domicile : _____

☎ Portable : _____

TOUT CHANGEMENT (Coordonnées, personne, etc.) DOIT ÊTRE :

- SIGNALE AU SERVICE ANIMATION, ENFANCE ET JEUNESSE

FICHE DE RENSEIGNEMENTS ADHÉRENT

Valable pour toutes les activités du centre.



Nom ou raison sociale :

Adresse postale :

.....

Adresse mail :

Numéro de téléphone :

Membre du conseil d'administration (oui / non) :

Prénom des adhérents Famille ou individuel	Date de naissance	Atelier fréquenté

Formules d'adhésion :

- Individuelle enfant : 10 euros
- Individuelle adulte : 10 euros
- Famille ou ménage à partir de 2 personnes : 15 euros
- Association : 20 euros

Moyen de paiement :

Date de l'adhésion :

Signature :