

ENFANT	
Identité	Photo (*)
Nom :	
Prénom :	
Sexe :	
Date de naissance :	
Lieu de naissance :	
* A fournir si manquant.	
ASSURANCE RESPONSABILITE CIVILE	
Assureur :	
<i>Attestation d'assurance scolaire à fournir (valide jusqu'à la fin de l'année scolaire) - à mettre à jour chaque année</i>	
RESPONSABLE LEGAL	
Responsable 1	Responsable 2
Nom :	Nom :
Prénom :	Prénom :
Nom de naissance (si allocataire du foyer) :	Nom de naissance (si allocataire du foyer) :
Profession :	Profession :
Situation familiale : Célibataire / Marié / Séparé / Divorcé / Veuf / Concubin / Union libre / Pacs (Précisez)	Situation familiale : Célibataire / Marié / Séparé / Divorcé / Veuf / Concubin / Union libre / Pacs (Précisez)
Date de naissance :	Date de naissance :
Type : Père / Mère / Autre (Précisez)	Type : Père / Mère / Autre (Précisez)
Adresse :	Adresse :
Email :	Email :
Tél. :	Tél. :
Portable :	Portable :
Tél. Pro. :	Tél. Pro. :
Payeur : ☐ RESPONSABLE 1 ☐ RESPONSABLE 2 ☐ AUTRE :	
<i>Si autre, merci de préciser l'adresse :</i>	
CAF : ☐ MSA : ☐ <i>Si MSA, merci de fournir l'attestation de quotient familial</i>	
N° allocataire CAF :	Nom de l'allocataire CAF (Nom/nom de naissance) :
CAF de la Vienne : ☐ OUI ☐ AUTRE :	<i>- Si autre, merci de fournir l'attestation de quotient familial</i>
Date de naissance de l'allocataire CAF :	Lieu de naissance de l'allocataire CAF :
☐ la famille autorise que ces informations soient transmises à l'API CAF	

PERSONNES A CONTACTER			
Contact		Contact	
Nom :		Nom :	
Prénom :		Prénom :	
Type : Père / Mère / Autre (Précisez)		Type : Père / Mère / Autre (Précisez)	
Tél. :		Tél. :	
Portable :		Portable :	
Appel en cas d'urgence :	OUI / NON	Appel en cas d'urgence :	OUI / NON
Autorisé à récupérer l'enfant :	OUI / NON	Autorisé à récupérer l'enfant :	OUI / NON
Contact		Contact	
Nom :		Nom :	
Prénom :		Prénom :	
Type : Père / Mère / Autre (Précisez)		Type : Père / Mère / Autre (Précisez)	
Tél. :		Tél. :	
Portable :		Portable :	
Appel en cas d'urgence :	OUI / NON	Appel en cas d'urgence :	OUI / NON
Autorisé à récupérer l'enfant :	OUI / NON	Autorisé à récupérer l'enfant :	OUI / NON
INFORMATIONS COMPLEMENTAIRES			
Autorisations			Réponse
Partir seul : Si vous souhaitez que votre enfant quitte seul, ou accompagné d'un mineur, la structure, une autorisation parentale dûment datée et signée est obligatoire (A joindre avec cette fiche).			OUI / NON
Prise de photo : Nous donnons notre consentement, sans limitation de durée à la diffusion de l'image de notre enfant, à titre gratuit, d'articles portant sur les animations réalisées dans les différentes structures (journaux, réseaux sociaux,...).			OUI / NON
Sport : Nous autorisons notre enfant à participer aux activités sportives mises en place au sein de la structure.			OUI / NON
Hospitalisation : Nous autorisons le responsable de la structure à prendre, le cas échéant, toutes les mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale...) rendues nécessaires par l'état de santé de l'enfant.			OUI / NON
Appareillage			Réponse
Lunettes : Votre enfant a-t-il besoin de porter des lunettes ?			OUI / NON
Appareil dentaire : Votre enfant a-t-il besoin de porter un appareil dentaire ?			OUI / NON
Appareil auditif : Votre enfant a-t-il besoin de porter un appareil auditif ?			OUI / NON
Handicap			Réponse
Votre enfant a-t-il une notification de la maison départementale des personnes handicapées (MDPH) ?			OUI / NON
Bénéficiez-vous d'une allocation d'éducation de l'enfant handicapé (AEEH) ?			OUI / NON
Si oui, merci de fournir la photocopie de la notification MDPH.			
Données complémentaires			
Avez vous trois enfants ou plus inscrits cette année sur plusieurs de nos ALSH ?			OUI / NON
LISTE DES DOCUMENTS A FOURNIR			
Merci de fournir la photocopie des documents à jour suivants : - Attestation d'assurance scolaire (valable jusqu'à la fin de l'année scolaire) - à mettre à jour chaque année - Photocopies du carnet de vaccination - Règlement intérieur de la structure à lire et à signer - Mandat de prélèvement SEPA + RIB - facultatif			
ATTESTATION			
Nous soussignés (*)			
Responsables légaux de l'enfant (*)			
- Certifions avoir pris connaissance du règlement intérieur de la structure, - Nous engageons à communiquer dans les meilleurs délais toute modification concernant cette fiche, - Certifions que notre enfant est couvert par une assurance responsabilité civile et avoir pris connaissance de l'intérêt à souscrire un contrat d'assurance de personnes couvrant les dommages corporels, - Autorisons le responsable de la structure, en cas d'incident impliquant notre enfant, à communiquer nos coordonnées ainsi que les références de notre assurance au tiers lésé sur sa demande, - Attestons sur l'honneur être titulaires de l'autorité parentale et certifions sur l'honneur les renseignements portés par ce formulaire.			
Responsable 1 (*)		Responsable 2	
Fait à :		Fait à :	
Date :		Date :	
Signature :		Signature :	

* A remplir obligatoirement

MINISTERE DE LA JEUNESSE ET DES SPORTS

Code de l'Action Sociale et des Familles



N°10008*02

FICHE SANITAIRE DE LIAISON

1 - 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 ET VOUS SERA RENDUE À LA FIN DU SÉJOUR.

2 - VACCINATIONS (se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccinations de l'enfant)

VACCINS OBLIGATOIRES	oui	non	DATES DES DERNIERS RAPPELS	VACCINS RECOMMANDÉS	DATES
Diphtérie	☐	☐		Hépatite B	
Tétanos	☐	☐		Rubéole Oreillons Rougeole	
Poliomyélite	☐	☐		Coqueluche	
Ou DT polio	☐	☐		BCG	
Ou 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** pendant le séjour ? oui ☐ non ☐

Si oui joindre une ordonnance récente et les médicament correspondant (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

RUBÉOLE ☐ oui ☐ non	VARICELLE ☐ oui ☐ non	ANGINE ☐ oui ☐ non	RHUMATISME ARTICULAIRE AIGÜ ☐ oui ☐ non	SCARLATINE ☐ oui ☐ non
COQUELUCHE ☐ oui ☐ non	OTITE ☐ oui ☐ non	ROUGEOLE ☐ oui ☐ non	OREILLONS ☐ oui ☐ non	

ALLERGIES : ASTHME oui ☐ non ☐
ALIMENTAIRES oui ☐ non ☐

MÉDICAMENTEUSES oui ☐ non ☐
AUTRES _____

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,
RÉÉDUCATION) EN PRÉCISANT LES DATES ET PRÉCAUTIONS À PRENDRE.

4 - RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS

VOTRE ENFANT PORTE-T-IL DES LENTILLES, DES LUNETTES, DES PROTHÈSES DENTAIRES, ETC... PRÉCISEZ :

L'ENFANT MOUILLE-T-IL SON LIT ?

NON ☐

OCCASIONNELLEMENT ☐

OUI ☐

S'IL S'AGIT D'UNE FILLE EST-ELLE RÉGLÉE ?

NON ☐

OUI ☐

5 - RESPONSABLE DE L'ENFANT

NOM : _____ PRÉNOM : _____

ADRESSE (PENDANT LE SÉJOUR) :

Numéros de téléphone :

Mère : domicile : _____ portable : _____ travail : _____

Père : domicile : _____ portable : _____ travail : _____

NOM ET TÉL. DU MÉDECIN TRAITANT (FACULTATIF)

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 hospitalisation.

N° de sécurité sociale : _____

Date :

Signature :

A REMPLIR PAR LE DIRECTEUR A L'ATTENTION DES FAMILLES
COORDONNÉES DE L'ORGANISATION DU SÉJOUR OU DU CENTRE DE VACANCES

OBSERVATIONS
