

Fiche de renseignements et autorisations 2026/2027

Nom et prénom de l'enfant : Date de naissance :

Sexe : ☐ M ☐ F

Régime Alimentaire : ☐ Aucun ☐ Sans viande ☐ PAI (à fournir)

Etablissement scolaire fréquenté : Ville :

Nom et prénom du parent effectuant l'inscription :

Handicap reconnu : ☐ oui ☐ non N° AEEH CAF : (fournir justificatif)

N° d'allocataire CAF : Quotient Familial (de moins de 3 mois, fournir justificatif) :

Parent 1 ☐ Père ☐ Mère ☐ Tuteur	Parent 2 ☐ Père ☐ Mère ☐ Tuteur
Nom :	Nom :
Prénom :	Prénom :
Adresse :	Adresse :
Portable personnel :	Portable personnel :
Tel professionnel :	Tel professionnel :
Email :	Email :
Profession :	Profession :
Situation familiale :	Situation familiale :

Autres personnes autorisées à venir récupérer l'enfant

Nom : Prénom : Adresse : Téléphone portable : Lien avec l'enfant : A appeler en cas d'urgence : ☐ oui ☐ non
Nom : Prénom : Adresse : Téléphone portable : Lien avec l'enfant : A appeler en cas d'urgence : ☐ oui ☐ non
Nom : Prénom : Adresse : Téléphone portable : Lien avec l'enfant : A appeler en cas d'urgence : ☐ oui ☐ non
Nom : Prénom : Adresse : Téléphone portable : Lien avec l'enfant : A appeler en cas d'urgence : ☐ oui ☐ non

Informations Sanitaires

1 – VACCINATIONS (se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccinations de l'enfant). Pas de photocopie

VACCINS OBLIGATOIRES	oui	non	DATES DES DERNIERS RAPPELS	VACCINS RECOMMANDÉS	DATES
Diphtérie				Hépatite B	
Tétanos				Rubéole-Oreillons-Rougeole	
Poliomyélite				Coqueluche	
Ou DT polio				Autres (préciser)	
Ou Tétracoq					
BCG					

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

2 – RENSEIGNEMENTS MEDICAUX CONCERNANT L'ENFANT

L'enfant suit-il un traitement médical pendant sa présence en Accueil Collectif de Mineurs ? ☐ oui ☐ non
 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 des allergies ? ☐ oui ☐ non
 ASTHME : ☐ oui ☐ non MEDICAMENTEUSES : ☐ oui ☐ non ALIMENTAIRES : ☐ oui ☐ non
 AUTRES

Si oui, joindre un certificat médical en précisant la cause de l'allergie, les signes évocateurs et la conduite à tenir. (si automédication le signaler) :.....

L'enfant a-t-il un Projet d'Accueil Individualisé en cours : ☐ oui ☐ non (joindre le protocole et toutes informations utiles)

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	

Indiquez les difficultés de santé (maladie, accident, crises convulsives, hospitalisation, opération, rééducation) en précisant les précautions à prendre.

3- INFORMATIONS COMPLEMENTAIRES (à renseigner obligatoirement.)

VOTRE ENFANT PORTE-T-IL DES LENTILLES : ☐ oui

☐ non

DES LUNETTES : ☐ oui

☐ non

DES PROTHÈSES AUDITIVES : ☐ oui

☐ non

DES PROTHÈSES ou APPAREIL DENTAIRE : ☐ oui

☐ non

Autres recommandations, à préciser :

.....

.....

.....

.....

.....

4 – MEDECIN TRAITANT DE L'ENFANT

Nom : téléphone :

Adresse :

Informations Vie quotidienne

Toutes informations qui vous semblent intéressantes de transmettre à l'équipe de direction : (habitudes, alimentations, physiques, précautions éventuelles ...) : **Fiche enfant à remplir** (document annexe)

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Assurance de l'enfant

Responsabilité civile et individuelle accident : ☐ oui

☐ non

(fournir un justificatif)

Compagnie d'assurance : N° de police d'assurance :

N° de sécurité sociale de l'enfant :

N° de sécurité sociale du parent auquel l'enfant est rattaché :

Bénéficiez-vous de la Complémentaire Santé Solidaire :

☐ oui

☐ non

(fournir un justificatif)

Je soussigné(e) (nom et prénom), responsable légal du mineur :

☐ Certifie avoir pris connaissance du règlement du Centre de Loisirs et m'engage à le respecter.

☐ Certifie avoir rempli la fiche enfant 3/11 ans.

☐ Autorise le CLC à utiliser et à diffuser l'image de mon enfant.

☐ Autorise le CLC à faire pratiquer en cas d'accident toutes les mesures d'urgence jugées nécessaires par le responsable de l'activité (y compris l'hospitalisation et intervention chirurgicale).

☐ Pour le secteur jeunes 12/17 ans autorise mon fils/ma fille à rentrer seul(e).

☐ Déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et m'engage à les réactualiser si nécessaire.

Date :

Signature :