

Fiche de renseignements

2026

Accueils de Loisirs 3 à 12 ans - Secteur Enfance

➤ ENFANT

Sexe :

Nom :

Prénom :

Date de naissance :

Ecole fréquentée et
classe :

➤ ASSISTANTS FAMILIAUX

Nom / Prénom :

Mail :

Adresse :

Téléphone :

➤ RESPONSABLES LÉGAUX

PÈRE MÈRE AUTRE.....

PÈRE MÈRE AUTRE.....

Nom / Prénom :

Nom / Prénom :

Mail :

Mail :

Adresse :

Adresse :

Tél. mobile :

Tél. mobile :

Profession :

Profession :

Employeur :

Employeur :

Nom et lieu :

Nom et lieu :

Tél. travail :

Tél. travail :

Date et lieu de
naissance :

Date et lieu de
naissance :

➤ ADRESSE DE FACTURATION (si différente) :

➤ MÉDICAL

Nom du médecin :

➤ RÉGIME ALLOCATAIRE

Nom de l'allocataire :

N° de téléphone :

N° d'allocataire :

CAF MSA AUTRE

➤ N° DE SÉCURITÉ SOCIALE

➤ NOM DE LA COMPAGNIE D'ASSURANCE

Date et signature du ou des responsables légaux :



Accueils de Loisirs 3 à 12 ans - Secteur Enfance

► ENFANT

Nom : _____

Prénom : _____

Je, soussigné(e), Madame ou/et Monsieur _____

 Agissant en qualité de PÈRE MÈRE TUTEUR

► DROIT À L'IMAGE

 J'autorise Je n'autorise pas

L'utilisation de mon image et/ou celle de mon enfant, dans le cadre des moyens de communication, pour une diffusion publique, bulletin communautaire, presse écrite, réseaux sociaux, site internet en sachant que l'utilisation qui pourra en être faite ne portera en aucun cas atteinte à l'intégrité de la personne.

► HOSPITALISATION

 J'autorise Je n'autorise pas l'équipe de direction, en cas d'urgence, à prendre toutes les mesures nécessaires.

► TRANSPORT ET SORTIE

 J'autorise Je n'autorise pas le transport en car ou en véhicule 7/9 places.
 J'autorise Je n'autorise pas mon enfant à rentrer seul.

► SANTÉ / VACCINATION

Est-il suivi pour :

A-t-il déjà eu :

 Allergies Asthme Diabète Autre

 Convulsions Coqueluche Scarlatine Varicelle
 Rubéole Rougeole Oreillons Autre

Les vaccins de l'enfant sont à jour

 OUI NON (En cas de contre-indication à l'un des vaccins, merci de fournir un certificat médical)

A-t-il subi une intervention chirurgicale récente

 OUI NON (Si oui, laquelle? Date :/...../.....)

► INFORMATIONS MÉDICALES / BESOINS PARTICULIERS DE L'ENFANT

 A-t-il un Projet d'Accueil Individualisé (PAI) OUI NON (Si oui, merci de fournir impérativement le document relatif)

 Est-il bénéficiaire de l'AEEH OUI NON (Si oui, merci de fournir impérativement le document relatif)

 Suivra t-il un traitement lors de son accueil OUI NON

 Dans ce cas, merci de fournir les médicaments et l'ordonnance au responsable de la structure dans une pochette fermée au nom de l'enfant.

 A-t-il un régime alimentaire OUI NON (Si oui, lequel?)

Porte-t-il :

- des lunettes → quand doit-il les porter?
- un appareil / prothèse dentaire
- des appareils auditifs
- autre

► RECOMMANDATIONS UTILES

(n'hésitez pas à mentionner tous les éléments qui permettront d'apporter le meilleur confort physique et moral à l'enfant)

► PERSONNES HABILITÉES À VENIR CHERCHER L'ENFANT ET/OU À PRÉVENIR EN CAS D'URGENCE (autre que les responsables légaux)

Nom / Prénom	Lien de parenté	Téléphone	Peut récupérer l'enfant	Prévenir en cas d'urgence
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>