

FICHE DE RENSEIGNEMENTS/SANITAIRE 2026

Nom et prénom de l'enfant (en MAJUSCULE) : _____

✓ **Identité du responsable légal**

Indiquer en responsable légal 1, le nom du parent pour lequel éditer la facture

RESPONSABLE LEGAL 1

RESPONSABLE LEGAL 2

NOM _____

PRENOM _____

ADRESSE _____

CODE _____

POSTAL _____

VILLE _____

TELEPHONE ____/____/____/____/____/____

TELEPHONE ____/____/____/____/____/____

PRO

SITUATION ☐ Marié(e) ☐ Concubin(e)
FAMILIALE ☐ Séparé(e) ☐ Divorcé(e)
☐ Veuf(ve) ☐ Pacsé(e)

☐ Marié(e) ☐ Concubin(e)
☐ Séparé(e) ☐ Divorcé(e)
☐ Veuf(ve) ☐ Pacsé(e)

ADRESSE _____
MAIL _____

(obligatoire)

✓ **Autres renseignements**

Régime d'Allocation Familiale :

☐ CAF

☐ MSA Ain-Rhône

Quotient familial :

☐ MSA Ardèche-Drôme-Loire

✓ **Identification de l'enfant**

NOM _____

Date de naissance : ____/____/____

Prénom _____

Age : _____

SEXE ☐ Fille

☐ Garçon

✓ **Personne à prévenir en cas d'urgence (autres que les parents)**

NOM : _____

Téléphone : _____

Portable : _____

✓ **Personne autorisée à récupérer l'enfant ou non autorisée** *(Si NON, merci de l'écrire en rouge)*

Je soussigné(e) _____ responsable de l'enfant, **autorise** :

☐ OUI ☐ NON un tiers à venir chercher mon enfant .

NOM ET PRENOM

Portable

____/____/____/____/____

____/____/____/____/____

✓ Autorisations

☐ OUI ☐ NON

L'utilisation d'images (photos, vidéos) représentant mon enfant pour illustrer les publications du centre, des reportages de la presse locale, ou le site internet de l'Archipel.

☐ OUI ☐ NON

A faire pratiquer en cas de nécessité tous les soins d'urgence, éventuellement sous anesthésie, selon les prescriptions des médecins.

☐ OUI ☐ NON

Le départ de mon enfant seul après 17h00.

✓ Fiche sanitaire

Nom du médecin traitement : _____

Téléphone : _____

Lieu d'hospitalisation souhaité : _____

Téléphone : _____

Vaccinations : Joindre photocopies du carnet de vaccination

Maladie infantile :

☐ Rubéole

☐ Angine

☐ Rougeole

☐ Otite

☐ Coqueluche

☐ Varicelle

☐ Oreillons

☐ Scarlatine

L'enfant suit-il un **traitement médical** ?

☐ Oui

☐ Non

Attention : le personnel n'est pas autorisé à donner un médicament sauf en cas de PAI (joindre PAI une ordonnance et médicaments *(boîtes de médicaments dans leur emballage d'origine marquées au nom de l'enfant avec la notice)*)

✓ Précisez ci-après les **allergies** (Asthme ? Médicamenteuse ? Autres...) ou **régime(s) alimentaire(s) particulier(s)** (sans viande/sans porc) de l'enfant en indiquant LA CONDUITE A TENIR :

✓ Indiquez ci-après les **difficultés de santé** (maladie, accident, crises convulsives, hospitalisation, opération, rééducation) en précisant les dates et les PRECAUTIONS A PRENDRE :

✓ Pour l'accueil d'**enfants à besoin particuliers** (TDA-H, multidys, TSA...) afin d'accueillir au mieux votre enfant, un rendez-vous est souhaitable avec la directrice des accueils de loisirs. Merci de prendre contact avec elle : enfance@centresocial-archipel.fr

✓ L'enfant perçoit l'AEEH ☐ OUI ☐ NON

✓ Attestations

Je soussigné(e)atteste

- ✓ Avoir souscrit une assurance couvrant mon enfant dans la pratique des activités EXTRA-SCOLAIRE (justificatif à remettre)
- ✓ L'exactitude des renseignements portés sur cette fiche.
- ✓ M'engager à signaler tout changement de situation au plus vite.
- ✓ Je déclare accepter les conditions générales de l'inscription et avoir pris connaissance des projets associatifs et pédagogiques de la structure.
- ✓ Je certifie avoir lu le règlement intérieur des accueils de loisirs 2024-2025 et en accepte les modalités.

Fait à

Le

Signature du ou des responsable(s) légal(aux), précédé de la mention « lu et approuvé »