

FICHE DE RENSEIGNEMENTS - ACCUEIL DE LOISIRS (Année scolaire 2021-2022)

Valable du 2 septembre 2021 au 31 août 2022

ENFANT :  Fille  Garçon

Nom et prénom : \_\_\_\_\_

Date de naissance : \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ Âge : \_\_\_\_ ans

Établissement scolaire : \_\_\_\_\_ Classe : \_\_\_\_\_

Sait-il nager ?  Si oui quel diplôme : \_\_\_\_\_



Photo

I - RENSEIGNEMENTS FAMILIAUX

Responsable de l'enfant (1)  Père  Mère  Tuteur

Nom et prénom : \_\_\_\_\_

Tél fixe : \_\_\_\_\_ Tél mobile : \_\_\_\_\_

Email : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_

CP : \_\_\_\_\_ Ville : \_\_\_\_\_ Profession : \_\_\_\_\_

Employeur : \_\_\_\_\_ Tél professionnel : \_\_\_\_\_

Situation familiale :  Marié(e)  Divorcé(e)  Pacsé(e)  Célibataire  Concubinage

Responsable de l'enfant (2)  Père  Mère  Tuteur

Nom et prénom : \_\_\_\_\_

Tél fixe : \_\_\_\_\_ Tél mobile : \_\_\_\_\_

Email : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_

CP : \_\_\_\_\_ Ville : \_\_\_\_\_ Profession : \_\_\_\_\_

Employeur : \_\_\_\_\_ Tél professionnel : \_\_\_\_\_

II - RÉGIME(S)

N° de sécurité sociale auquel l'enfant est affilié : \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_)

N° d'allocataire : \_\_\_\_\_  CAF  MSA

Si je ne fournis pas l'attestation de quotient familial, j'autorise le service enfance de la CALI à consulter mes ressources via le portail CDAP (Consultation des données d'allocataire par les partenaires) :  Oui  Non

III - AUTORISATIONS ET RENSEIGNEMENTS ADMINISTRATIFS

Personne(s) habilitée(s) à récupérer l'enfant

Nom et prénom	Lien avec l'enfant	Téléphone
1 -		
2 -		
3 -		
4 -		
5 -		

Je soussigné(e) \_\_\_\_\_ , responsable legal(e) de l'enfant autorise :

- la Cali à photographier mon enfant. Les photos ou vidéos seront utilisées à des fins uniquement pédagogiques et pour les outils de communication des services de la CALI.  Oui  Non
- le personnel du service enfance à transporter l'enfant en car, minibus, ou véhicule de service  Oui  Non
- le personnel de la Cali à prendre toutes dispositions nécessaires à la vue de l'état de santé de l'enfant.  Oui  Non

Date :

Signature :

#### IV - MÉMO DES PIÈCES À FOURNIR AU DOSSIER

\* Documents à fournir en un seul exemplaire pour toute la fratrie

##### Pour la 1<sup>ère</sup> inscription

- Photo de l'enfant
- Fiche sanitaire de liaison de l'enfant dûment remplie
- Attestation d'assurance responsabilité civile extrascolaire en cours de validité
- Attestation de quotient familial\*
- Si non allocataire CAF ou MSA : avis d'imposition du ménage ou des deux parents\*
- Copie du livret de famille complet\*
- Copie du carnet de santé (pages vaccinations)
- Justificatif de domicile\*
- Attestation de l'affiliation au régime de la sécurité sociale (CPAM, MSA ou autre) du parent qui couvre l'enfant\*

##### Pour une réinscription ou autre(s) enfant(s)

- Photo de l'enfant
- Fiche sanitaire de liaison de l'enfant dûment remplie
- Attestation d'assurance responsabilité civile extrascolaire en cours de validité
- Attestation de quotient familial\*
- Si non allocataire CAF ou MSA : avis d'imposition du ménage ou des deux parents\*

##### À renouveler uniquement si modification

- Copie du livret de famille complet \*
- Copie du carnet de santé (pages vaccinations)
- Justificatif de domicile\*
- Attestation de l'affiliation au régime de la sécurité sociale (CPAM, MSA ou autre) du parent qui couvre l'enfant\*

TOUT DOSSIER INCOMPLET NE POURRA ÊTRE TRAITÉ.

Je reconnais avoir pris connaissance du règlement intérieur de l'accueil de loisirs et m'engage à le respecter.

Je soussigné(e), \_\_\_\_\_ , responsable légal(e) de l'enfant, \_\_\_\_\_ déclare exacts les renseignements portés sur ce dossier et m'engage à signaler tout changement.

À \_\_\_\_\_ Le \_\_\_\_\_

Signature :



# FICHE SANITAIRE DE LIAISON - ANNÉE SCOLAIRE 2021-2022

Valable du 2 septembre 2021 au 31 août 2022

ENFANT :  Fille  Garçon

Nom : \_\_\_\_\_

Prénom : \_\_\_\_\_

Date de naissance : \_\_ / \_\_ / \_\_ Âge : \_\_ ans

Photo

Photo

## RESPONSABLE LÉGAL DE L'ENFANT (1)

## RESPONSABLE DE L'ENFANT (2)

<input type="checkbox"/> Père <input type="checkbox"/> Mère <input type="checkbox"/> Tuteur	<input type="checkbox"/> Père <input type="checkbox"/> Mère <input type="checkbox"/> Tuteur
Tél. fixe ou professionnel :	Tél. fixe ou professionnel :
Tél. mobile :	Tél. mobile :

## I - PROTOCOLE D'ACCUEIL INDIVIDUALISÉ :

L'enfant bénéficie-t-il d'un PAI (Protocole d'Accueil Individualisé) ?  Oui  Non

Si oui, merci de fournir le protocole en cours.

## II - VACCINATIONS :

a) Si l'enfant est né avant le 1<sup>er</sup> janvier 2018 :

VACCINS OBLIGATOIRES			Date de rappel
• Diphtérie, tétanos et poliomyélite (DTP)	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	

b) Si l'enfant est né après le 1<sup>er</sup> janvier 2018 :

VACCINS OBLIGATOIRES			Date de rappel
• Diphtérie, tétanos et poliomyélite (DTP)	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	
• Coqueluche	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	
• Hépatite B	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	
• Infections invasives à Haemophilus influenzae de type b	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	
• Infections invasives à pneumocoque	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	
• Méningocoque de séro groupe C	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	
• Rougeole, oreillons et rubéole	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	

En cas de contre-indication du vaccin, merci de joindre le certificat médical du médecin.

## III - RENSEIGNEMENTS MEDICAUX :

L'enfant doit-il suivre un traitement médical ?  Oui  Non

Si oui, joindre une ordonnance récente et les médicaments correspondants dans leurs boîtes d'origine, avec la notice, et marquées au nom de l'enfant.

Attention : aucun médicament ne pourra être administré sans ordonnance.

L'enfant a-t-il des allergies ?			L'enfant a-t-il déjà eu les maladies suivantes ?		
• Asthme	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	• Rubéole	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
• Allergies médicamenteuses	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	• Varicelle	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
• Allergies alimentaires	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	• Angine	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
• Autre(s)	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	• Scarlatine	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
<u>Si autres</u> : précisez la cause de l'allergie et la conduite à tenir et si automédication, le signaler.			• Coqueluche	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
_____			• Otite	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
_____			• Rougeole	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
_____			• Oreillons	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
			• Rhumatisme articulaire aigu	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non

---

---

---

Poids de l'enfant : \_\_\_\_\_

Taille de l'enfant : \_\_\_\_\_

L'enfant présente-t-il un problème de santé :

Oui

Non

Si oui, indiquez les **difficultés de santé** (maladie, accident, crises convulsives, hospitalisation, opération, rééducation) en précisant les précautions à prendre et notez le motif du PAI le cas échéant.

---

---

---

---

**IV - MÉDECIN TRAITANT :**

Nom du médecin traitant de l'enfant	Commune	Téléphone

**V - PERSONNE(S) À CONTACTER EN CAS D'URGENCE :**

*Si impossibilité de joindre les parents*

Nom, prénom	Lien avec l'enfant	Téléphone
1-		
2-		
3-		

**VI - RECOMMANDATION(S) UTILE(S) :**

*Précisez si l'enfant porte des lunettes, des prothèses auditives, des prothèses dentaires, etc.*

---

---

---

**VII - RESPONSABLE LÉGAL DE L'ENFANT :**

Je soussigné(e), \_\_\_\_\_ ,

responsable légal(e) de l'enfant, \_\_\_\_\_ déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise le responsable de l'accueil de loisirs à prendre toutes mesures nécessaires (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale).

Date : \_\_\_\_\_

Signature (précédée de la mention "lu et approuvé")

Cadre réservé à la direction de l'accueil de loisirs

---

---

---

---

---

---