

### ENFANT :

Nom & Prénom :

Né(e) le :

Lieu de naissance :

Ecole :

Classe :

Enseignant :

Allergies alimentaires :  oui  non

Autres :  oui  non

Si oui, lesquelles ?

A-t-il été prévu dans un Projet d'Accueil Individualisé (PAI) ?  oui  non

Les vaccinations (DT Polio) de votre enfant sont-elles à jour ?  oui  non

Difficultés de santé et ou recommandations utiles des parents ?  oui  non

Situation familiale :  Marié(e)  Célibataire  Concubinage  Séparé(e)  Divorcé(e)  Veuf(ve)  Pacsé(e)

**PERE** : Nom & Prénom :

Téléphone portable (et/ou domicile) :

N° caf :

Profession :

Employeur :

**MERE** : Nom & Prénom :

Téléphone portable (et/ou domicile) :

N° caf :

Profession :

Employeur :

**Responsable légale** :  PERE  MERE  Autre :

Responsabilité civile :  oui  non

Individuelle accident :  oui  non

Compagnie d'assurance :

N° de police :

Email :

### **PERSONNES AUTORISEES A RECUPERER VOTRE ENFANT** (3/6 ans – Ecole maternelle) :

- Nom & Prénom :

Lien de parenté :

Téléphone :

- Nom & Prénom :

Lien de parenté :

Téléphone :

Je soussigné,....., responsable légal(e) de l'enfant nommé ci-dessus, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche (si modification, le signaler) et autorise l'intervenant à prendre, le cas échéant, toutes les mesures utiles en vue d'assurer les premiers soins et de procéder éventuellement au transport de mon enfant.

J'autorise mon enfant à participer à toutes les activités et sorties organisées par la commune.

Mon enfant est susceptible d'être pris en photos ou filmé dans le cadre des activités. La diffusion, sans contrepartie financière, peut éventuellement se faire via la presse ou les informations municipales.

En cas de non-acceptation, il est impératif de le signaler par un écrit remis au service jeunesse en mairie.

**Accueils de loisirs** : Les familles dont les enfants sont inscrits sur le portail famille doivent remplir annuellement la fiche de renseignements et la fiche sanitaire.

**Pour les autres familles** : attestation Caf et/ou notification A.T.L., attestation d'assurance responsabilité civile, présentation d'un justificatif de domicile en Mairie.

Fait à Marck, le .....

**Signature du responsable légal :**



**1 - ENFANT**

NOM : \_\_\_\_\_  
PRÉNOM : \_\_\_\_\_  
DATE DE NAISSANCE : \_\_\_\_\_  
GARÇON  FILLE

DATES ET LIEU DU SÉJOUR :

CETTE FICHE PERMET DE RECUEILLIR DES INFORMATIONS UTILES PENDANT LE SÉJOUR DE L'ENFANT ;  
ELLE ÉMITE DE VOUS DÉMURIR 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
Diphthérie				Hépatite B	
Tétanos				Rubéole-Oreillons-Rougeole	
Polio				Coqueluche	
Ou DT polio				Autres (préciser)	
Ou Tetanocq					
BCC					

SI L'ENFANT N'A PAS LES VACCINS OBLIGATOIRES JOINDRE UN CERTIFICAT MÉDICAL DE CONTRE-INDICATION

ATTENTION : LE VACCIN ANTI-HÉPATIQUE NE PRÉSENTE AUCUNE CONTRE-INDICATION

3 - RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX CONCERNANT L'ENFANT

L'enfant suit-il un traitement médical pendant le séjour ? 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 DÉJÀ EU LES MALADIES SUIVANTES ?

RUBÉOLE	VARICELLE	ANGINE	RHUMATISME ARTICULAIRE AIGU	SCARLATINE
OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>
COQUELUCHE	ORITZ	ROUGEOLE	ORIELLONS	
OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	

ALLERGIES ALIMENTAIRES : oui  non  ASTHME : 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, OPÉRATION, RÉÉDUCATION) EN PRÉCISANT LES DATES ET LES PRÉCAUTIONS À PRENDRE

4 - RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS

VOIRE ENFANT PORTE-T-IL DES LENTILLES, DES LUNETTES, DES PROTHÈSES AUDITIVES, DES PROTHÈSES DENTAIRES, ETC...  
PRÉCISEZ : \_\_\_\_\_

5 - RESPONSABLE DE L'ENFANT

NOM : \_\_\_\_\_ PRÉNOM : \_\_\_\_\_

ADRESSE (PENDANT LE SÉJOUR) : \_\_\_\_\_

TÉL. FIXE (ET PORTABLE), DOMICILE : \_\_\_\_\_ BUREAU : \_\_\_\_\_

NOM ET TÉL. DU MÉDECIN TRAITANT (FACULTATIF) : \_\_\_\_\_

Je soussigné, \_\_\_\_\_, responsable légal de l'enfant, déclare  
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.

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

Signature : \_\_\_\_\_

A REMPLIR PAR LE DIRECTEUR A L'ATTENTION DES FAMILLES

COORDONNÉES DE L'ORGANISATEUR DU SÉJOUR OU DU CENTRE DE VACANCES

OBSERVATIONS

Allergies alimentaires :  oui  non autres :  oui  non

Si oui, lesquelles ? \_\_\_\_\_

A-t-il été prévu un Projet d'Accueil Individualisé (PAI) :  oui  non