



FICHE SANITAIRE ENFANT

dans le cadre des accueils de loisirs de la
Communauté des Communes Rurales de l'Entre-Deux-Mers



PHOTO

NOM ET PRÉNOM DE L'ENFANT : _____

DATE DE NAISSANCE : ____/____/____ SEXE : Féminin ☐ Masculin ☐

ÉCOLE FRÉQUENTÉE ET CLASSE : _____

RÉGIME ALIMENTAIRE : Végétarien ☐ Sans porc ☐ Sans poisson ☐ P.A.I. ☐

OBSERVATIONS PARTICULIÈRES SUR L'APPÉTIT DE L'ENFANT

Renseignements médicaux	Oui	Non
L'enfant a-t'il un Projet d'Accueil Individualisé (P.A.I.) ?		
L'enfant a-t'il un dossier MDPH (maison départementale personnes handicapées) ?		
L'enfant a-t'il une A.E.S.H ou A.V.S ?		
L'enfant suit-il un traitement médical ?		
Médecin traitant : _____		
Lieu d'hospitalisation : _____		
Téléphone du médecin ou de l'hôpital : _____		
Précaution à prendre en cas de difficulté de santé ou d'allergie : _____		

Personnes autorisées à récupérer l'enfant (autre que les parents). En cas de personne mineure, contacter la direction

Nom et prénom	Lien de parenté	Numéro de téléphone

Autorisations	Oui	Non
Transport en bus et minibus		
Administration de médicaments dans le cadre d'un P.A.I		
Prise de photos, vidéos et bande son		
Autorisation de publication des prises de vue aux familles et dans les supports de la collectivité		
Prise des mesures nécessaires pour la santé de l'enfant		

Je (nous) soussigné(ons), M. / Mme _____
responsable(s) légal(aux) de l'enfant _____

déclare(ons) exacts les renseignements portés à cette fiche sanitaire.

Date _____

Signature



FICHE INFORMATIONS PARENTS

dans le cadre des accueils de loisirs de la
Communauté des Communes Rurales de l'Entre-Deux-Mers



Responsable légal et financier n°1 <i>celui ou celle qui perçoit les allocations familiales ou aides</i>		Responsable légal n°2		
Nom et prénom :		Nom et prénom :		
Adresse postale :		Adresse postale :		
Téléphone :		Téléphone :		
Mail :		Mail :		
Numéro de sécurité sociale :		Numéro de sécurité sociale :		
Caisse d'appartenance	☐ MSA ☐ CAF n°	Caisse d'appartenance	☐ MSA ☐ CAF n°	
Situation professionnelle ☐ Salarié. ☐ Saisonnier ☐ Sans emploi		Situation professionnelle ☐ Salarié. ☐ Saisonnier ☐ Sans emploi		
Profession :		Profession :		
Téléphone professionnel :		Téléphone professionnel :		
Situation familiale	☐ Marié(e) ☐ Pacsé(e) ☐ Célibataire ☐ Divorcé(e) ☐ Séparé(e) ☐ Veuf(ve) ☐ Concubin(e)			
Autorisation CDAP permet au directeur de la structure de récupérer uniquement votre quotient familial CAF sur Internet	☐ Oui ☐ Non	Bénéficiaire de l' AEEH	☐ Oui ☐ Non	
Famille d'accueil ou autre				
Nom et prénom :				
Adresse postale :				
Téléphone :		Téléphone professionnel :		
Mail :				
Relation parents / structure			Oui	Non
Je souhaite participer aux évènements proposés par les accueils de loisirs				
Je suis en mesure d'animer un atelier en tant que bénévole				
Je suis en capacité d'accompagner les groupes lors des sorties				
Loi RGPD		Oui	Non	Date du consentement
Consentement pour les données personnelles				
Consentement pour les données médicales				
Cadre réservé à la direction		Oui	Non	
Photo récente de l'enfant				
Attestation de sécurité sociale en cours				
Vaccins à jour (ROR + DTP)				
Assurance extra scolaire et périscolaire				
Quotien familial CAF ou MSA				
Jugement en cas de divorce ou séparation				

Je (nous) soussigné (ons), M. / Mme _____
déclare(ons) exacts les renseignements portés à cette fiche et déclare(ons)
avoir pris connaissance du projet pédagogique et du règlement intérieur.

Date _____
Signature