



(validité du 1^{er} septembre 2025 au 31 août 2026)

RENSEIGNEMENTS ENFANT :

Nom : _____ Prénom : _____ Sexe : M ☐ F ☐
 Date de naissance : _____ Lieu de naissance : _____
 Adresse : _____
 Code postal : _____ Ville : _____ Tél. domicile : _____
 Tél. que l'on peut **ABSOLUMENT** joindre : Tél. père : _____ Tél. mère : _____
 Adresse mail : _____ @ _____
 Ecole : maternelle ☐ élémentaire ☐
 Nom de l'école : _____ Classe : _____ Enseignant : _____
 Particularités repas : sans porc ☐ sans viande ☐
 Régimes alimentaires (prescriptions médicales à préciser) : _____
 (cf. règlement intérieur et modalités pratiques) _____

RENSEIGNEMENTS PARENTS :

Représentant légal : père ☐ mère ☐ Nombre d'enfants à charge de -18 ans : _____
 Famille monoparentale : oui ☐ non ☐ Les deux parents travaillent : oui ☐ non ☐
 PERE : Nom : _____ Prénom : _____
 Employeur : _____ Tél. employeur : _____
 MERE : Nom : _____ Prénom : _____
 Employeur : _____ Tél. employeur : _____
 N° Allocataire CAF Moselle : _____

EN CAS D'URGENCE - PERSONNES A CONTACTER :

1) Nom : _____ Tél. : _____
 2) Nom : _____ Tél. : _____

Nom des personnes majeures (*) habilitées à prendre en charge l'enfant à la sortie des activités (autres que les parents) * ou à défaut frère ou sœur <u>de plus de 16 ans</u>	1) _____ 2) _____ 3) _____
---	---

J'autorise ☐ je n'autorise pas ☐ l'utilisation des photos prises durant les activités sur lesquelles mon enfant peut figurer pour promouvoir l'activité.

Je reconnais avoir pris connaissance du règlement intérieur et des modalités pratiques des accueils périscolaires et extrascolaires.

Fait à _____, le _____ Signature (obligatoire)

Voir au verso - Fiche sanitaire à compléter et à signer impérativement →



FICHE SANITAIRE DE LIAISON

DOCUMENT CONFIDENTIEL

Joindre obligatoirement la copie du carnet de vaccination

NOM DU MINEUR :

PRENOM :

DATE DE NAISSANCE :/...../.....

SEXE : M ☐ F ☐

Cette fiche permet de recueillir des informations utiles concernant votre enfant (l'arrêté du 20 février 2003 relatif au suivi sanitaire des mineurs en séjour de vacances ou en accueil de loisirs).

1-VACCINATION (se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccinations)

VACCINATIONS OBLIGATOIRES	Oui	Non	DATES DES DERNIERS RAPPELS	VACCINS RECOMMANDÉS	DATES
Diphtérie				Coqueluche	
Tétanos				Haemophilus	
Poliomyélite				Rubéole-Oreillons-Rougeole	
				Hépatite B	
				Pneumocoque	
				BCG	
				Autres (préciser)	

SI LE MINEUR N'A PAS LES VACCINS OBLIGATOIRES JOINDRE UN CERTIFICAT MÉDICAL DE CONTRE-INDICATION.

2-RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LE MINEUR

Poids :kg ; Taille :cm (informations nécessaires en cas d'urgence)

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 administré sans ordonnance.

ALLERGIES : ALIMENTAIRES ☐ oui ☐ non
MEDICAMENTEUSES ☐ oui ☐ non
AUTRES (animaux, plantes, pollen) : ☐ oui ☐ non
Précisez

Si oui, joindre un **certificat médical** précisant la cause de l'allergie, les signes évocateurs et la conduite à tenir.

Le mineur présente-t-il un problème de santé, si oui préciser ☐ oui ☐ non

3-RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS

Port des lunettes, de lentilles, d'appareil dentaire ou auditif, comportement de l'enfant, difficultés de sommeil, énurésie nocturne, etc...

INFORMATION SUR LA GESTION INFORMATIQUE DES DONNEES

Les informations recueillies par Madame Rosy CARLINO font l'objet d'un traitement informatique destiné à l'inscription de l'enfant à l'accueil périscolaire et aux accueils de loisirs. Le destinataire des données est le Service Périscolaire et Extrascolaire Conformément à la LOI n° 2018-493 du 20 juin 2018 relative à la protection des données personnelles, vous bénéficiez d'un droit d'accès et de rectification aux informations qui vous concernent. Si vous souhaitez exercer ce droit et obtenir communication des informations vous concernant, veuillez vous adresser au secrétariat du Service Périscolaire et Extrascolaire.

NOM ET TEL MEDECIN TRAITANT :

Je soussigné(e)....., responsable légal du mineur, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et m'engage à les réactualiser si nécessaire. J'autorise le responsable de l'accueil de loisirs à prendre, le cas échéant, toutes mesures rendues nécessaires selon l'état de santé de ce mineur.

Date :

Signature :