

**Renseignements concernant l'enfant :**

Nom de l'enfant : ..... Prénom : .....  
Date de naissance : ..... Lieu de naissance : .....  
Ecole et classe : .....

**Renseignements concernant les parents et responsables légaux :**

- Nom de la **mère** : ..... Prénom : .....  
Adresse complète (rue, code postal, commune) : .....  
.....  
Téléphone domicile : ..... portable : .....  
Adresse mail : .....  
Profession : ..... Employeur : .....  
Téléphone travail : .....

- Nom du **père** : ..... Prénom : .....  
Adresse complète (si différent) : .....  
.....  
Téléphone domicile : ..... portable : .....  
Adresse mail : .....  
Profession : ..... Employeur : .....  
Téléphone travail : .....

Autorité Parentale :

Père

Mère

**Pour les parents divorcés ou séparés, fournir le jugement de divorce fixant l'autorité parentale et le droit de garde des enfants**

**Si le responsable légal n'est pas le parent :**

Nom du responsable : ..... Prénom : .....  
Parenté ou lien social (grands-parents, tante, éducateur ...) : .....  
Adresse complète : .....  
.....

Téléphone domicile : ..... portable : .....

Pour les enfants sous une autre tutelle que celles des parents, fournir le jugement de tutelle

**RENSEIGNEMENTS ADMINISTRATIFS :**

Numéro de sécurité sociale : \_ / \_ / \_ / \_ / \_ / \_ / \_ / \_ (obligatoire)

Numéro CAF (obligatoire) ..... Allocataire : Père - Mère (rayer la mention inutile)

Ou numéro M.S.A. : ..... Allocataire : Père - Mère (rayer la mention inutile)

Quotient familial : ..... **JOINDRE L'ATTESATION CAF (ou est inscrit le quotient)**

Numéro d'assurance (obligatoire) : ..... Compagnie d'assurance : .....

Etes-vous bénéficiaire de l'AEEH (allocation d'éducation de l'enfant handicapé) ?  Oui  Non

## JOINDRE LA COPIE DE L'ATTESTATION D'ASSURANCE

### Responsabilité civile et individuelle accident

## RENSEIGNEMENTS PERSONNES HABILITEES ET AUTORISATIONS :

### PERSONNES AUTRES QUE LES PARENTS A PREVENIR EN CAS D'URGENCE :

Nom : ..... Qualité : ..... Tél : .....

Nom : ..... Qualité : ..... Tél : .....

### Autour de l'ALSH :

- j'autorise mon fils/ma fille à participer à toutes les activités et sorties (navette, cars) proposées dans le cadre du centre de loisirs.  
 j'autorise la responsable de l'alsh à faire donner tous les soins médicaux et chirurgicaux qui pourraient être nécessaires en cas d'accident, intervention chirurgicale urgente, maladie contagieuse, ou toute autre affection grave, après consultation d'un praticien, à votre enfant.

### Droit à l'image :

*Dans le but de communiquer, de diffuser et d'informer la communauté sur les activités pédagogiques vécues lors des temps d'accueil de votre-vo(e) enfant-s, nous sollicitons votre accord afin d'utiliser selon les besoins, certains éléments personnels concernant votre enfant (photographies, enregistrements audio ou vidéo, travail personnel, etc.)*

**Cochez la case appropriée**

J'autorise l'utilisation de : ↓	Pour une diffusion à la MJC (dans le cadre d'une activité, de la décoration, d'une impression sur les supports de communication papier)		Pour une diffusion dans la presse locale (journaux + site internet de la presse inclus)		Pour une diffusion sur le site internet /facebook de la MJC	
	Accord	Désaccord	Accord	Désaccord	Accord	Désaccord
L'image de mon enfant						
La voix de mon enfant						
Les créations de mon enfant						

Fait à .....

Le ..... **Signature :**



Fiche sanitaire de liaison OBLIGATOIRE  
Année 2025 - 2026

*Cette fiche permet de recueillir les informations utiles pendant l'accueil de votre enfant.*

<b>Enfant :</b>	<input type="checkbox"/> fille	<input type="checkbox"/> garçon	Date de naissance : .....
Nom :	..... Prénom : .....		
Adresse :	..... ..... .....		

**I - Vaccinations :**

**MERCI DE JOINDRE OBLIGATOIREMENT**  
**LA COPIE DU CARNET DE VACCINATIONS**

**II - Renseignements médicaux :**

L'enfant doit-il suivre un **traitement médical** pendant l'accueil ?       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 pris sans ordonnance.**

L'enfant a-t-il déjà eu les maladies suivantes ?

<b>Rubéole</b> <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<b>Varicelle</b> <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<b>Angine</b> <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<b>Scarlatine</b> <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<b>Coqueluche</b> <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
<b>Otite</b> <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<b>Rougeole</b> <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<b>Oreillons</b> <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<b>Rhumatisme articulaire aigu</b> <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	

**JOINDRE LA COPIE DU CARNET DE VACCINATION DE VOTRE ENFANT**

**Allergies** : - médicamenteuses :  oui  non - asthme  oui  non  
- Alimentaires :  oui  non - autres  oui  non

.....

**Préciser la cause de l'allergie et la conduite à tenir :**

---

Indiquer les **difficultés de santé** (maladie, accident, crises convulsives, hospitalisation, opération, rééducation) en précisant les dates et les **précautions à prendre** et le **protocole à suivre si besoin (joindre des documents si nécessaire : PAI ...)**.

---

**III - Recommandations utiles concernant la santé et/ou le comportement de votre enfant :**

Préciser si votre enfant porte des lunettes, des prothèses auditives, des prothèses dentaires, etc... ?

---

Nom et tél. du médecin traitant (*facultatif*)

.....

*A SAVOIR : En cas de fièvre, de maladies ... nécessitant des soins au-delà de nos compétences, les responsables légaux sont prévenus aussitôt et doivent venir récupérer leur enfant dans la mesure du possible.*

Je soussigné, ..... Responsable légal de l'enfant, **déclare exacts** les renseignements portés sur cette fiche et m'engage à les réactualiser si nécessaire. J'**autorise** le responsable du centre de loisirs/séjour à prendre, le cas échéant, toutes mesures (*traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale*) rendues nécessaires par l'état de mon enfant.

**Signature (précédée de la mention lu et approuvé) :**

**Date :**