



Communauté de communes
Du Pays de la Serre

NOM :

PRÉNOM :

Copie vaccins

Assurance

Fiche sanitaire
complétée



www.paysdelaserre.fr

Fiche annuelle 2024/2025 De renseignements

Tél. 03.23.80.77.22

Mails : loisirs@paysdelaserre.fr / jeunesse@paysdelaserre.fr

Fiche famille

ADRESSE DE FACTURATION

Nom

Prénom

Adresse

Code postal

Commune

Téléphone

Portable

E-mail

ENTOURAGE FAMILIAL AUTORISÉ À RÉCUPÉRER L'ENFANT

Nom / Prénom

Lien de parenté

Adresse

Code postal

Commune

Téléphone

Portable

Nom / Prénom

Lien de parenté

Adresse

Code postal

Commune

Téléphone

Portable

Nom / Prénom

Lien de parenté

Adresse

Code postal

Commune

Téléphone

Portable

Fiche individuelle

IDENTITÉ DE L'ENFANT

Nom	Prénom	Date de naissance
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Sexe :	Fille <input type="checkbox"/>	Garçon <input type="checkbox"/>
Adresse	Code postal	Commune
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Votre enfant mange-t-il du porc ?	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>

PARENT OU RESPONSABLE LÉGAL

Nom / Prénom	Lien de parenté	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	
Adresse	Code postal	Commune
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Téléphone	Portable	E-mail
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Profession	Employeur	Tél. Pro
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Nom / Prénom	Lien de parenté	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	
Adresse	Code postal	Commune
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Téléphone	Portable	E-mail
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Profession	Employeur	Tél. Pro
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

INFORMATION COMPLÉMENTAIRES

N° Sécurité Sociale :	<input type="text"/>
CMU :	<input type="text"/>
Mutuelle et numéro :	<input type="text"/>
Régime CAF - N°Allocataire :	<input type="text"/>
Régime MSA - N°Allocataire :	<input type="text"/>

Autorisations

Je, soussigné(e),

M. / Mme

demeurant au

Nous certifions sur l'honneur l'exactitude des renseignements figurant sur cette fiche et déclarons avoir pris connaissance du règlement de la structure et nous engageons à le respecter.

Détails des autorisations

L'équipe de direction est autorisée à prendre les mesures d'urgence en cas d'accident impliquant mon ENFANT (Hospitalisation, SAMU, Pomipers).

Oui

Non

La direction est autorisée à consulter notre dossier locataire CDAP afin d'accéder directement aux ressources (Quotient, Revenus, Nombre d'enfants à charges) à prendre en compte pour le calcul des tarifs. (Le service CDAP.fr respecte les règles de confidentialité et a fait l'objet d'une autorisation de la CNIL. La CAF attribue un identifiant et un mot de passe qui est strictement personnel et confidentiel à l'équipe de direction).

Oui

Non

J'autorise mon enfant à partir SEUL de l'accueil de loisirs ou de l'arrêt de bus.

Oui

Non

J'autorise le personnel à photographier ou filmer mon enfant, dans la mesure où les films et images ne seront utilisées à aucun autre usage qu'un usage éducatif ou de communication.

Oui

Non

J'autorise le transport de mon enfant dans les véhicules prévus par l'établissement dans les cadres du centre ou du séjour.

Oui

Non

Fait le

SIGNATURE

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 VOTRE ENFANT PORTE-T-IL DES LENTILLES, DES LUNETTES, DES PROTHÈSES AUDITIVES, DES PROTHÈSES DENTAIRES, ETC... PRÉCISEZ.

.....
.....
.....
.....
.....
.....

5 - RESPONSABLE DE L'ENFANT

NOM PRÉNOM

ADRESSE

.....
.....

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 de la structure, 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 (en cas de séjour) A L'ATTENTION DES FAMILLES

Communauté de communes du Pays de la Serre : 1 rue des Telliers - 02270 Crécy-sur-Serre

Valérie SERIN / Marc BARTHELEMY - Directrice / Directeur adjoint

Tél. 03 23 80 77 22 - Mail. loisirs@paysdelaserre.fr / jeunesse@paysdelaserre.fr

.....
.....
.....
.....
.....
.....