Communauté de communes
Du Pays de la Serre

NOM :

PRÉNOM :

- ☐ Copie vaccins
- ☐ Assurance
- ☐ Fiche sanitaire complétée

www.paysdelaserre.fr

Fiche de renseignements annuelle 2025/2026

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

Sexe : Fille Garçon

Adresse

Code postal

Commune

Votre enfant mange-t-il du porc ? Oui Non

PARENT OU RESPONSABLE LÉGAL

Nom / Prénom

Lien de parenté

Adresse

Code postal

Commune

Téléphone

Portable

E-mail

Profession

Employeur

Tél. Pro

Nom / Prénom

Lien de parenté

Adresse

Code postal

Commune

Téléphone

Portable

E-mail

Profession

Employeur

Tél. Pro

INFORMATION COMPLÉMENTAIRES

N° Sécurité Sociale :

CMU :

Mutuelle et numéro :

Régime CAF - N°Allocataire :

Régime MSA - N°Allocataire :

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 allocataire CDAP afin d'accéder directement aux ressources (Quotient, Revenus, Nombre d'enfants à charges) à prendre en compte pour le calcul les 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

MINISTERE DE LA JEUNESSE ET DES SPORTS

Code de l'Action Sociale et des Familles

cerfa

1 N° 10008'02

FICHE SANITAIRE DE LIAISON

[redacted]

1 - ENFANT

NOM : _____

PRÉNOM : _____

DATE DE NAISSANCE : _____

GARÇON ☐ FILLE ☐

CETTE FICHE PERMET DE RECUEILLIR DES INFORMATIONS UTILES DE L'ENFANT ; ELLE ÉVITE DE VOUS DÉMUNIR DE SON CARNET DE SANTÉ.

2 - **VACCINATIONS** (se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccinations de l'enfant). Vous pouvez nous joindre une photocopie des vaccins.

VACCINS OBLIGATOIRES	oui	non	DATES DES DERNIERS RAPPELS	VACCINS RECOMMANDÉS	DATES
Diphtérie				Hépatite B	
Tétanos				Rubéole-Oreillons-Rougeole	
Poliomyélite				Coqueluche	
Ou DT polio				Autres (préciser)	
Ou Tétracoq					
BCG					

SI L'ENFANT N'A PAS LES VACCINS OBLIGATOIRES JOINDRE UN CERTIFICAT MÉDICAL DE CONTRE-INDICATION
ATTENTION : LE VACCIN ANTI-TÉTANIQUE NE PRÉSENTE AUCUNE CONTRE-INDICATION

3 - **RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX CONCERNANT L'ENFANT**

L'enfant suit-il un **traitement médical**? Oui ☐ Non ☐

L'enfant a-t-il un PAI ? Oui ☐ Non ☐

Si oui, joindre une **ordonnance** récente, le **PAI** 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 DEJA EU LES MALADIES SUIVANTES ?

RUBÉOLE	VARICELLE	ANGINE	RHUMATISME ARTICULAIRE AIGU	SCARLATINE
OUI ☐ NON ☐	OUI ☐ NON ☐	OUI ☐ NON ☐	OUI ☐ NON ☐	OUI ☐ NON ☐
COQUELUCHE	OTITE	ROUGEOLE	OREILLONS	
OUI ☐ NON ☐	OUI ☐ NON ☐	OUI ☐ NON ☐	OUI ☐ NON ☐	

ALLERGIES : ASTHME oui ☐ non ☐ MÉDICAMENTEUSES oui ☐ non ☐

ALIMENTAIRES 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 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

.....

.....

.....

.....

.....

.....