



Communauté de communes
Du Pays de la Serre

NOM :

PRÉNOM :

☐

Copie vaccins

☐

Assurance

☐

Fiche sanitaire
complétée



www.paysdelaserre.fr

Fiche de renseignements annuelle **2024/2025**

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 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

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....