

Dossier annuel 2025-2026

Nom de l'enfant :

Prénom de l'enfant :

Date de naissance :

Sexe : Fille Garçon

DOSSIER VALABLE DE SEPTEMBRE 2025 JUSQUE FIN AOÛT 2026

PIÈCES A FOURNIR

Assurance extra-scolaire

Copie des vaccins

Fiche sanitaire complétée

AUTORISATIONS

Je, soussigné(e), M./ Mme :

demeurant au

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

DETAIL DES AUTORISATIONS

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

La direction est autorisée à consulter notre dossier allocataire CDAP afin d'accéder directement aux ressources (Quotient, Revenus, Nombre d'enfants à charge) 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 à filmer mon enfant, dans la mesure où les films et images ne seront utilisés 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 le cadre des ALSH, mercredis récréatifs, mini-camps ou séjours. Oui Non

Fait le :

SIGNATURE

Dossier annuel 2025-2026

ADRESSE DE FACTURATION

Nom : Prénom :

Adresse :

Code postal : Commune :

Téléphone : Portable :

E-mail :

ENTOURAGE FAMILIAL AUTORISÉ A RÈCUPÉRER L'ENFANT

Nom : Prénom :

Lien de parenté : Téléphone :

Nom : Prénom :

Lien de parenté : Téléphone :

Nom : Prénom :

Lien de parenté : Téléphone :

INFORMATIONS COMPLÉMENTAIRES

N° Sécurité sociale : CMU : Oui Non

Mutuelle : N° Mutuelle :

N° Allocataire CAF : N° Allocataire MSA :

FICHE SANITAIRE DE LIAISON

1 – ENFANT

NOM : _____

PRÉNOM : _____

DATE DE NAISSANCE : _____

FILLE

GARÇON

**CETTE FICHE PERMET DE RECUEILLIR DES INFORMATIONS UTILES PENDANT LE SÉJOUR DE L'ENFANT ;
ELLE ÉVITE DE VOUS DÉMUNIR DE SON CARNET DE SANTÉ ET VOUS SERA RENDUE À LA FIN DU SÉJOUR.**
2 - **VACCINATIONS** (se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccinations de l'enfant).

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

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** 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 pris sans ordonnance.

L'ENFANT A-T-IL DÉJÀ EU LES MALADIES SUIVANTES ?

RUBÉOLE oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	VARICELLE oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	ANGINE oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	RHUMATISME ARTICULAIRE AIGÛ oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	SCARLATINE oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>
COQUELUCHE oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	OTITE oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	ROUGEOLE oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	OREILLONS oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	

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, OPERATION? REEDUCATION EN PRÉSENTANT LES DATES ET LES PRECAUTIONS A PRENDRE°

4 - RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS

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

L'ENFANT MOUILLE-T-IL SON LIT ? NON OCCASIONNELLEMENT OUI

S'IL S'AGIT DUNE FILLE EST-ELLE RÉGLÉE ? NON OUI

5 - RESPONSABLE DE L'ENFANT

NOM _____ PRÉNOM _____

ADRESSE (PENDANT LE SÉJOUR) _____

Numéros de téléphone : Mère : domicile : _____ Père : domicile : _____

NOM ET TÉL. DU MÉDECIN TRAITANT (FACULTATIF) _____

Je soussigné(e), _____ responsable légal de l'enfant , déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise le responsable du séjour à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de l'enfant. J'autorise également, si nécessaire, le directeur du séjour à faire sortir mon enfant de l'hôpital après une hospitalisation.

N° de sécurité sociale : _____

Date :

Signature :

A REMPLIR PAR LE DIRECTEUR A L'ATTENTION DES FAMILLES COORDONNÉES DE L'ORGANISATEUR DES ALSH/MERCREDIS RECREATIFS/MINI-CAMPS

Communauté de Communes du Pays de la Serre : 1 rue des Telliers - 02270 CRECY SUR SERRE

Direction des ALSH

Mme SERIN Valérie et Mr BARTHÉLÉMY Marc

loisirs@paysdelaserre.fr ou jeunesse@paysdelaserre.fr

03 23 80 77 22

OBSERVATIONS
