

Dossier annuel 2026-2027

Nom de l'enfant :

Prénom de l'enfant :

Date de naissance :

Sexe : ☐ Fille ☐ Garçon

DOSSIER VALABLE DE SEPTEMBRE 2026 JUSQUE FIN AOÛT 2027

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

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

Fait le :

SIGNATURE

RENSEIGNEMENTS & CONTACTS : SERVICE LOISIRS & JEUNESSE

03 23 80 77 22 - LOISIRS@PAYSDELASERRE.FR OU JEUNESSE@PAYSDELASERRE.FR

WWW.PAYSDELASERRE.FR

ADRESSE DE FACTURATION

Nom :		Prénom :	
Adresse :			
Code postal :		Commune :	
Téléphone :		Portable :	
E-mail :			

ENTOURAGE FAMILIAL AUTORISÉ À 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	oui	non	DATES DES DERNIERS RAPPELS	VACCINS RECOMMANDÉS	DATES
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	VARICELLE	ANGINE	RHUMATISME ARTICULAIRE AIGÛ	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, 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
