



Fiche de renseignements 2025 - 2026



Enfant :

Nom :

Prénom :

Né(e) le

Sexe :

Famille:

Adresse :

Téléphone 1 :

.....

Téléphone 2 :

.....

Mail :

.....

Zone : SIVOSEP / HORS SIVOSEP

Régime : MSA CAF Autre

Situation Familiale :

N° Allocataire** :

Assurance*

* Joindre attestation d'assurance (obligatoire)

.....

** Joindre attestation Quotient Familial

.....

Responsable 1

Nom:

Nom:

Prénom:

Prénom:

Date de naissance :/...../.....

Date de naissance :/...../.....

Adresse:

Adresse:

.....

.....

.....

.....

TEL DOMICILE :

TEL DOMICILE :

TEL PORTABLE :

TEL PORTABLE :

TEL TRAVAIL :

TEL TRAVAIL :

AUTORITÉ PARENTALE

AUTORITÉ PARENTALE

OUI

NON

OUI

NON

FICHE SANITAIRE DE LIAISON

VACCINS : Joindre la photocopie du carnet de vaccination de l'enfant.

PROBLÈMES DE SANTÉ :

Indiquez ci-après les problèmes santé de l'enfant (allergies, maladie, accident, crises convulsives, opération) en indiquant les précaution à prendre :

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

RECOMMANDATIONS UTILES :

Indiquez ci-après, si votre enfant porte des lunettes, des lentilles, des prothèse auditives, des prothèses dentaires etc.

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

RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX :

Rappel : si votre enfant suit un traitement, il ne pourra en aucun cas lui être administré les médicaments nécessaire sans ordonnance.

ALLERGIE : OUI NON

ALIMENTAIRE : OUI NON

AUTRES

Précisez la cause de l'allergie et la conduite à tenir :

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

Si PAI le signaler et fournir les démarches à suivre.

Personnes autorisés à récupérer mon enfant

NOM - PRÉNOM	Adresse	Téléphone	Lien

PERSONNES A PRÉVENIR EN CAS D'URGENCE

NOM - PRÉNOM	Adresse	Téléphone	Lien

AUTORISATION PHOTOGRAPHER / FILMER

- J'autorise que mon enfant soit filmé et/ou photographié à des fins de diffusion dans :
- la structure elle-même
 - la presse
 - le site internet et/ou autres supports informatiques de la structure.

- Je n'autorise pas la diffusion d'image concernant mon enfant.

Je soussigné(e) :

Responsable légal 1 : _____

Responsable légal 2 : _____

-déclare avoir pris connaissance du règlement intérieur et m'engage à respecter les règles de fonctionnement de l'accueil.

-déclare posséder une assurance en responsabilité civile pour mon enfant

-certifie que les renseignements portés sur cette fiche sont exacts et m'engage à signaler tout changement de coordonnées.

-autorise le responsable de l'accueil périscolaire à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de l'enfant.

Fait à _____ le ____ / ____ / ____

Signatures des responsables légaux précédées de la mention « lu et approuvé »