

ENFANT	
Identité	Photo
Nom :	
Prénom :	
Sexe :	
Date de Naissance :	
A :	
Nom de l'école :	
Classe en septembre 2024 :	

ASSURANCE RESPONSABILITE CIVILE
Assureur :
Numéro :

RESPONSABLE LEGAL	
Responsable 1	Responsable 2
Nom :	Nom :
Prénom :	Prénom :
Type : Père / Mère / Autre (Précisez)	Type : Père / Mère / Autre (Précisez)
Situation familiale : Marié / Divorcé / Pacsé / Autre (Précisez)	
Adresse :	Adresse :
Email :	Email :
Tél. :	Tél. :
Portable :	Portable :
Profession :	Profession :
Employeur :	Employeur :
Adresse employeur :	Adresse employeur :
Tél. Pro. :	Tél. Pro. :

Indiquez le nombre de personnes à charge au foyer : (totalité du foyer : parents + enfants)	
--	--

PERSONNES A CONTACTER			

Contact		Contact	
Nom :		Nom :	
Prénom :		Prénom :	
Type : Père / Mère / Autre (Précisez)		Type : Père / Mère / Autre (Précisez)	
Tél. :		Tél. :	
Portable :		Portable :	
Appel en cas d'urgence :	OUI / NON	Appel en cas d'urgence :	OUI / NON
Autorisé à récupérer l'enfant :	OUI / NON	Autorisé à récupérer l'enfant :	OUI / NON

Contact		Contact	
Nom :		Nom :	
Prénom :		Prénom :	
Type : Père / Mère / Autre (Précisez)		Type : Père / Mère / Autre (Précisez)	
Tél. :		Tél. :	
Portable :		Portable :	
Appel en cas d'urgence :	OUI / NON	Appel en cas d'urgence :	OUI / NON
Autorisé à récupérer l'enfant :	OUI / NON	Autorisé à récupérer l'enfant :	OUI / NON

INFORMATIONS COMPLEMENTAIRES	
Autorisations	Réponse
Partir seul : Si vous souhaitez que votre enfant (de plus de 6 ans) quitte seul la structure, une autorisation parentale dûment datée et signée est obligatoire (A joindre avec cette fiche).	OUI / NON
Sport : Nous autorisons notre enfant à participer aux activités sportives mises en place au sein de la structure. (si l'enfant ne peut pas pratiquer certaines activités physiques, merci de joindre un certificat de contre-indication)	OUI / NON
Hospitalisation : Nous autorisons le responsable de la structure à prendre, le cas échéant, toutes les mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale...) rendues nécessaires par l'état de santé de l'enfant	OUI / NON
(par mesure de sécurité, nous ne pourrions pas accueillir votre enfant si nous n'avons pas cette autorisation)	

Appareillage	Réponse
Lunettes : Votre enfant a-t-il besoin de porter des lunettes ?	OUI / NON
Appareil dentaire : Votre enfant a-t-il besoin de porter un appareil dentaire ?	OUI / NON
Appareil auditif : Votre enfant a-t-il besoin de porter un appareil auditif ?	OUI / NON

Pratique Alimentaire	A cocher
Votre enfant ne mange pas de porc	
Votre enfant ne mange pas de viande ni de poisson	
Intolérance alimentaire : Votre enfant a une intolérance alimentaire qui ne nécessite pas la prise de médicaments (par exemple : réaction cutanée, vomissements, sans qualification d'urgence) (La CC2V se réserve le droit de demander un PAI si l'intolérance demande un suivi personnalisé)	Type d'intolérance :

Protocole d'Accueil Individualisé	Réponse
L'enfant a une allergie alimentaire qui nécessite la prise de médicaments en cas d'urgence. Dans ce cas, un panier repas et goûter doivent être fourni par la famille (une tarification spécifique est appliquée) Un Projet d'Accueil Individualisé (PAI) doit être établi	OUI / NON Type d'allergie alimentaire :
Votre enfant est atteint d'une maladie chronique ou de troubles de la santé qui peut nécessiter au cours de l'accueil de loisirs : - Une prise de médicament quotidienne ou en urgence - Des aménagements spécifiques Un Projet d'Accueil Individualisé (PAI) doit être établi	OUI / NON Type de maladie, troubles ou allergie :
Handicapé : Votre enfant a-t-il une notification de la maison départementale des personnes handicapées (MDPH) ?	OUI / NON
Si vous avez coché oui, merci de remplir le dossier de PAI	

Informations médicales		
Médecin	Téléphone	Spécialité

Contre-indication	Date de début	Date de fin	Observation

Vaccin	Fait le	Date rappel
Diphtérie, Tétanos, Coqueluche, Poliomyélite (DTCP)		
Diphtérie, Tétanos, Coqueluche, Poliomyélite, Haemophilus (DTCPh)		
Diphtérie, Tétanos, Poliomyélite (DTP)		
Grippe		
Haemophilus influenzae b		
Hépatite A		
Hépatite B		
Méningocoque C		
Papillomavirus humains		
Pneumocoque		
Rougeole, Oreillons, Rubéole (ROR)		
Tuberculose (BCG)		
Varicelle		
Autre		

Maladie	Date maladie	Observation

ATTESTATION	
Nous soussignés (*),	
Responsables légaux de l'enfant (*)	

- certifions avoir pris connaissance du règlement intérieur de la structure,

- nous engageons à communiquer dans les meilleurs délais toute modification concernant cette fiche,

- certifions que notre enfant est couvert par une assurance responsabilité civile et avoir pris connaissance de l'intérêt à souscrire un contrat d'assurance de personnes couvrant les dommages corporels,

- autorisons le responsable de la structure, en cas d'incident impliquant notre enfant, à communiquer nos coordonnées ainsi que les références de notre assurance au tiers lésé sur sa demande,

- attestons sur l'honneur être titulaires de l'autorité parentale et certifions sur l'honneur les renseignements portés par ce formulaire.

Responsable 1 (*)		Responsable 2	
Fait à :		Fait à :	
Date :		Date :	
Signature :		Signature :	

* A remplir obligatoirement

Merci de fournir votre avis d'imposition, l'autorisation de droit à l'image ainsi que la dernière page du règlement intérieur signé (Tout dossier incomplet ne sera pas traité)