

ENFANT : Fille Garçon

Nom et prénom : _____

Date de naissance : ____ / ____ / ____ Âge : ____ ans

Établissement scolaire : _____ Classe : _____

I - RENSEIGNEMENTS FAMILIAUX

Responsable de l'enfant (1) Père Mère Tuteur

Nom et prénom : _____

Tél fixe : _____ Tél mobile : _____

Email : _____

Adresse : _____

CP : _____ Ville : _____

Employeur : _____ Tél professionnel : _____

Situation familiale : Marié(e) Divorcé(e) Pacsé(e) Célibataire ConcubinageResponsable de l'enfant (2) Père Mère Tuteur

Nom et prénom : _____

Tél fixe : _____ Tél mobile : _____

Email : _____

Adresse : _____

CP : _____ Ville : _____

Employeur : _____ Tél professionnel : _____

II - RÉGIME(S)

N° de sécurité sociale auquel l'enfant est affilié : _____ (____)

N° d'allocataire : _____ CAF MSASi je ne fournis pas l'attestation de quotient familial, j'autorise le service enfance de la CALI à consulter mes ressources via le portail CDAP (Consultation des données d'allocataire par les partenaires) : Oui Non

III - AUTORISATIONS ET RENSEIGNEMENTS ADMINISTRATIFS

Personne(s) habilitée(s) à récupérer l'enfant

| | Nom et prénom | Lien avec l'enfant | Téléphone |
|-----|---------------|--------------------|-----------|
| 1 - | | | |
| 2 - | | | |
| 3 - | | | |
| 4 - | | | |
| 5 - | | | |

Je soussigné(e) _____ , responsable legal(e) de l'enfant autorise :

- la Cali à photographier mon enfant. Les photos ou vidéos seront utilisées à des fins uniquement pédagogiques et pour les outils de communication des services de la CALI. Oui Non
- le personnel du service enfance à transporter l'enfant en car ou minibus. Oui Non
- le personnel de la Cali à prendre toutes dispositions nécessaires à la vue de l'état de santé de l'enfant. Oui Non

Date :

Signature :

IV - MÉMO DES PIÈCES À FOURNIR AU DOSSIER

* Documents à fournir en un seul exemplaire pour toute la fratrie

Pour la 1^{ère} inscription

- Photo de l'enfant
- Fiche sanitaire de liaison de l'enfant dûment remplie
- Attestation d'assurance responsabilité civile extrascolaire en cours de validité
- Attestation de quotient familial*
- Si non allocataire CAF ou MSA : avis d'imposition du ménage ou des deux parents*
- Copie du livret de famille complet*
- Copie du carnet de santé (pages vaccinations)
- Justificatif de domicile*
- Attestation de l'affiliation au régime de la sécurité sociale (CPAM, MSA ou autre) du parent qui couvre l'enfant*

Pour une réinscription ou autre(s) enfant(s)

- Photo de l'enfant
- Fiche sanitaire de liaison de l'enfant dûment remplie
- Attestation d'assurance responsabilité civile extrascolaire en cours de validité
- Attestation de quotient familial*
- Si non allocataire CAF ou MSA : avis d'imposition du ménage ou des deux parents*

À renouveler uniquement si modification

- Copie du livret de famille complet *
- Copie du carnet de santé (pages vaccinations)
- Justificatif de domicile*
- Attestation de l'affiliation au régime de la sécurité sociale (CPAM, MSA ou autre) du parent qui couvre l'enfant*

TOUT DOSSIER INCOMPLET NE POURRA ÊTRE TRAITÉ.

Je reconnais avoir pris connaissance du règlement intérieur de l'accueil de loisirs et m'engage à le respecter.

Je soussigné(e), _____ , responsable légal(e) de l'enfant, _____ déclare exacts les renseignements portés sur ce dossier et m'engage à signaler tout changement.

À _____ Le _____

Signature :



FICHE SANITAIRE DE LIAISON - ANNÉE SCOLAIRE 2020-2021

Valable du 1^{er} septembre 2020 au 31 août 2021

ENFANT : Fille Garçon

Nom : _____

Prénom : _____

Date de naissance : __ / __ / __ Âge : __ ans

Photo

Photo

RESPONSABLE LÉGAL DE L'ENFANT (1)

RESPONSABLE DE L'ENFANT (2)

| | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Père <input type="checkbox"/> Mère <input type="checkbox"/> Tuteur | <input type="checkbox"/> Père <input type="checkbox"/> Mère <input type="checkbox"/> Tuteur |
| Tél. fixe ou professionnel : | Tél. fixe ou professionnel : |
| Tél. mobile : | Tél. mobile : |

I - PROTOCOLE D'ACCUEIL INDIVIDUALISÉ :

L'enfant bénéficie-t-il d'un PAI (Protocole d'Accueil Individualisé) ? Oui Non

Si oui, merci de fournir le protocole en cours.

II - VACCINATIONS :

a) Si l'enfant est né avant le 1^{er} janvier 2018 :

| VACCINS OBLIGATOIRES | | | Date de rappel |
|--|------------------------------|------------------------------|----------------|
| • Diphtérie, tétanos et poliomyélite (DTP) | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non | |

b) Si l'enfant est né après le 1^{er} janvier 2018 :

| VACCINS OBLIGATOIRES | | | Date de rappel |
|---|------------------------------|------------------------------|----------------|
| • Diphtérie, tétanos et poliomyélite (DTP) | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non | |
| • Coqueluche | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non | |
| • Hépatite B | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non | |
| • Infections invasives à Haemophilus influenzae de type b | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non | |
| • Infections invasives à pneumocoque | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non | |
| • Méningocoque de sérogroupe C | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non | |
| • Rougeole, oreillons et rubéole | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non | |

En cas de contre-indication du vaccin, merci de joindre le certificat médical du médecin.

III - RENSEIGNEMENTS MEDICAUX :

L'enfant doit-il suivre un traitement médical ? Oui Non

Si oui, joindre une ordonnance récente et les médicaments correspondants dans leurs boîtes d'origine, avec la notice, et marquées au nom de l'enfant.

Attention : aucun médicament ne pourra être administré sans ordonnance.

| L'enfant a-t-il des allergies ? | | | L'enfant a-t-il déjà eu les maladies suivantes ? | | |
|--|------------------------------|------------------------------|--|------------------------------|------------------------------|
| • Asthme | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non | • Rubéole | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |
| • Allergies médicamenteuses | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non | • Varicelle | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |
| • Allergies alimentaires | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non | • Angine | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |
| • Autre(s) | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non | • Scarlatine | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |
| <u>Si autres</u> : précisez la cause de l'allergie et la conduite à tenir et si automédication, le signaler. | | | • Coqueluche | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |
| _____ | | | • Otite | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |
| _____ | | | • Rougeole | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |
| _____ | | | • Oreillons | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |
| | | | • Rhumatisme articulaire aigu | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |

Poids de l'enfant : _____

Taille de l'enfant : _____

L'enfant présente-t-il un problème de santé :

Oui

Non

Si oui, indiquez les **difficultés de santé** (maladie, accident, crises convulsives, hospitalisation, opération, rééducation) en précisant les précautions à prendre et notez le motif du PAI le cas échéant.

IV - MÉDECIN TRAITANT :

| Nom du médecin traitant de l'enfant | Commune | Téléphone |
|-------------------------------------|---------|-----------|
| | | |

V - PERSONNE(S) À CONTACTER EN CAS D'URGENCE :

Si impossibilité de joindre les parents

| | Nom, prénom | Lien avec l'enfant | Téléphone |
|----|-------------|--------------------|-----------|
| 1- | | | |
| 2- | | | |
| 3- | | | |

VI - RECOMMANDATION(S) UTILE(S) :

Précisez si l'enfant porte des lunettes, des prothèses auditives, des prothèses dentaires, etc.

VII - RESPONSABLE LÉGAL DE L'ENFANT :

Je soussigné(e), _____ ,

responsable légal(e) de l'enfant, _____ déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise le responsable de l'accueil de loisirs à prendre toutes mesures nécessaires (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale).

Date : _____

Signature (précédée de la mention "lu et approuvé")

Cadre réservé à la direction de l'accueil de loisirs