

FICHE D'INFORMATIONS

UFOLEP26 – Accueil de loisirs - 2026

RENSEIGNEMENTS CONCERNANT L'ENFANT

Nom :

Prénom :

Date de naissance :

Téléphone à appeler en priorité : __/__/__/__/__

REGIME ALIMENTAIRE PARTICULIER oui non

SI OUI : SANS

Parent 1

Nom :
.....

Prénom :

Portable :

Parent 2

Nom :

Prénom :

Portable :

Tel travail :

Adresse :

C.P / Ville :

E-mail :

AUTORISATIONS PARENTALES

Personnes autorisées à venir chercher mon enfant autre que les parents :

Nom	Prénom	Téléphone
.....	__/__/__/__/__
.....	__/__/__/__/__
.....	__/__/__/__/__

Je, soussigné, responsable de l'enfant, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche.

AUTORISATION CAF :

J'autorise les personnes habilitées par la CAF au sein de la structure à consulter mes informations (uniquement le quotient familial) sur le portail partenaires CAF (CDAP). **En cas de refus merci de fournir une attestation de quotient familial.**

Oui Non

Si oui, merci de noter votre numéro d'allocataire et votre nom et prénom :

.....

AUTORISATION DE TRANSPORTS :

J'autorise le transport de mon enfant en transport collectif urbain, autocar, mini-bus, ou voitures particulières assurées pour le déplacement d'enfants, dans le cadre de sorties / séjours organisés par l'association.

Oui Non

AUTORISATION PHOTO / FILM :

J'autorise l'exposition et / ou la diffusion des photos/films réalisés dans le cadre de l'accueil de loisirs (presse ou support de communication hors réseaux sociaux) sur lesquels apparaît mon enfant.

Oui Non

Je reconnais avoir lu(e) et accepté(e) le règlement intérieur

Date / / 20

Signature(s) :



FICHE SANITAIRE DE LIAISON

DOCUMENT CONFIDENTIEL

Joindre obligatoirement la copie du carnet de vaccination

NOM DU MINEUR :

PRENOM :

DATE DE NAISSANCE :/...../.....

SEXE : M F

Cette fiche permet de recueillir des informations utiles concernant votre enfant (l'arrêté du 20 février 2003 relatif au suivi sanitaire des mineurs en séjour de vacances ou en accueil de loisirs).

1-VACCINATION (se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccinations)

VACCINATIONS OBLIGATOIRES	Oui	Non	DATES DES DERNIERS RAPPELS	VACCINS RECOMMANDÉS	DATES
Diphtérie				Coqueluche	
Tétanos				Haemophilus	
Poliomyélite				Rubéole-Oreillons-Rougeole	
				Hépatite B	
				Pneumocoque	
				BCG	
				Autres (préciser)	

SI LE MINEUR N'A PAS LES VACCINS OBLIGATOIRES JOINDRE UN CERTIFICAT MÉDICAL DE CONTRE-INDICATION.

2-RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LE MINEUR

Poids :kg ; Taille :cm (informations nécessaires en cas d'urgence)

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 administré sans ordonnance.

ALLERGIES : ALIMENTAIRES oui non
 MÉDICAMENTEUSES oui non
 AUTRES (animaux, plantes, pollen) : oui non
 Précisez

Si oui, joindre un **certificat médical** précisant la cause de l'allergie, les signes évocateurs et la conduite à tenir.

Le mineur présente-t-il un problème de santé, si oui préciser oui non

3-RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS

Port des lunettes, de lentilles, d'appareil dentaire ou auditif, comportement de l'enfant, difficultés de sommeil, énurésie nocturne, etc...

4-RESPONSABLES DU MINEUR

Responsable N°1 : NOM : PRÉNOM :

ADRESSE :

TEL DOMICILE TEL TRAVAIL.....

TEL PORTABLE :

Responsable N°2 : NOM : PRÉNOM :

ADRESSE :

TEL DOMICILE TEL TRAVAIL.....

TEL PORTABLE :

NOM ET TEL MEDECIN TRAITANT :

Je soussigné(e)....., responsable légal du mineur, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et m'engage à les réactualiser si nécessaire. J'autorise le responsable de l'accueil de loisirs à prendre, le cas échéant, toutes mesures rendues nécessaires selon l'état de santé de ce mineur.

Date :

Signature :