

FICHE DE RENSEIGNEMENT 1

ANNÉE SCOLAIRE 2025/2026

Document à fournir en deux exemplaires papier

L'ENFANT

NOM Prénom Sexe

Date de naissance : / / Age Classe fréquentée :

Compagnie d'assurance : N° de police.....

RESPONSABLES LÉGAUX DE L'ENFANT

PARENT 1 responsable légal de l'enfant

PARENT 2 responsable légal de l'enfant

NOM :

Prénom :

Adresse :

.....
C.P. : Ville

Tél. Domicile : / / / /

Tél. Bureau : / / / /

Tél. Mobile : / / / /

@ (majuscules).....

NOM :

Prénom :

Adresse :

.....
C.P. : Ville

Tél. Domicile : / / / /

Tél. Bureau : / / / /

Tél. Mobile : / / / /

@ (majuscules).....

SITUATION PARENTALE

Mariés/Union Libre Séparés/Divorcés Célibataire

Garde de l'enfant : Père Mère

Si un des parents n'est pas autorisé à récupérer l'enfant, il est impératif de joindre une pièce justificative légale.

RÉGIME D'AFFILIATION

Régime général Numéro d'allocataire : Quotient Familial : €.

J'autorise les responsables du Centre d'animations IFAC à aller consulter mon dossier sur le site de la CAF afin de disposer de mon quotient familial.

MSA Edf Gdf RATP

Pour ces familles, il vous est demandé de fournir le dernier avis d'imposition afin de définir votre tarification.



FICHE DE RENSEIGNEMENT 2

ANNÉE SCOLAIRE 2025/2026

Document à fournir en deux exemplaires papier

Nom, Prénom de l'enfant : Date de naissance : / /

PERSONNE(S) AUTORISÉE(S) À VENIR CHERCHER VOTRE ENFANT

Merci de préciser le lien de parenté ou autre et de présenter une pièce d'identité

Nom, Prénom : ☎ : / / / /

Nom, Prénom : ☎ : / / / /

Nom, Prénom : ☎ : / / / /

AUTORISATION PARENTALE

Je soussigné(e),, responsable légal de l'enfant nommé ci-dessus :

- Je déclare exact les renseignements portés sur cette fiche de renseignement et je m'engage à informer par écrit l'IFAC de toute modification qui surviendrait au cours de l'année.
- J'autorise le responsable de l'accueil collectif de mineurs à prendre, le cas échéant, toutes les mesures (traitement médical après consultation d'un médecin, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état du mineur.
- Je déclare avoir pris connaissance des règlements intérieurs.

A....., le.....

« Lu et approuvé » (mention manuscrite) et signature obligatoire

DROIT A L'IMAGE

Dans le cadre des activités, nous pouvons être conduits à réaliser des photographies individuelles et de groupe pour agrémenter certains documents de communication. L'image de votre enfant est donc susceptible de paraître dans ses documents et tout support de communication (site, bulletin municipal, réseaux sociaux...). En inscrivant votre enfant, vous acceptez de fait, cette éventualité.

Cochez la case si vous n'autorisez pas la diffusion de l'image de votre enfant.



FICHE SANITAIRE DE LIAISON

1) MINEUR ACCUEILLI

NOM:

PRENOM:

DATE DE NAISSANCE:

GARÇON FILLE

POIDS DU MINEUR :

2) VACCINATIONS (le tableau ci-dessous doit être accompagné des copies des pages de vaccinations du carnet de santé sans omettre de mentionner le nom et prénom du mineur concerné)

VACCINS* OBLIGATOIRES	Date du dernier rappel	VACCINS RECOMMANDES	Dates
Diphtérie		BCG	
Tétanos		Coqueluche	
Poliomyélite		Rubéole-Oreillons-Rougeole	
		Hépatite B	
		Autres	

* rappel tous les 5 ans pour les vaccins obligatoires pour les mineurs jusqu'à 13 ans

3) RENSEIGNEMENTS MEDICAUX CONCERNANT LE MINEUR ACCUEILLI

a) Le mineur présente-t-il des troubles de santé ?

Allergies alimentaires : NON OUI Préciser à quoi :

Allergies médicamenteuses : NON OUI Préciser à quoi :

Autres allergies : NON OUI Préciser à quoi :

Asthme : NON OUI

Diabète : NON OUI

Epilepsie : NON OUI

Autres : NON OUI Préciser :

b) Le mineur suit-il un traitement médical régulier? NON OUI

Si oui, prendre le contact avec le directeur pour la mise en place d'un éventuel PAI (projet d'accueil individualisé). Les modalités de mise en place de ce protocole seront à discuter avec la direction.

c) Le trouble de la santé implique -t-il une conduite particulière à suivre en cas d'urgence pendant le déroulement de l'accueil de loisirs ou le séjour avec hébergement ?

NON OUI

Si oui, prendre contact avec le Directeur pour la mise en place d'un éventuel PAI

d) Autres difficultés de santé et précautions à prendre (suivi spécialisé, handicap moteur, troubles du comportement, antécédents d'accidents, d'opération ...) :

Si oui, prendre contact avec le Directeur pour la mise en place d'un éventuel PAI

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

4) RECOMMANDATIONS UTILES SIGNALEES PAR LES PARENTS (l'enfant ou le jeune porte-t-il des lunettes, des lentilles, des prothèses auditives, des prothèses dentaires, problème d'énurésie ...) :

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

5) RESPONSABLE(S) DU MINEUR

NOM : PRENOM :

Adresse :

Tel fixe et/ou portable Domicile :

Tél fixe et/ou portable travail :

NOM : PRENOM :

Adresse :

Tel fixe et/ou portable Domicile :

Tél fixe et/ou portable travail :

NOM et Téléphone du médecin traitant :

Je soussigné,, responsable légal du mineur, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise le responsable de l'accueil collectif de mineurs à prendre, le cas échéant, toutes les mesures (traitement médical après consultation d'un médecin, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état du mineur.

Date :

Signature(s) :

Il est rappelé que cette fiche sanitaire de liaison peut être remise sous enveloppe cachetée par les familles au Directeur de l'accueil de mineurs. Les informations communiquées restent confidentielles et seront restituées aux familles. Les fiches sanitaires de liaison doivent être renouvelées tous les ans. Toute modification en cours d'année concernant les renseignements ci-dessus devra être signalée au Directeur

COORDONNEES DE L'ORGANISATEUR :

COORDONNEES DE L'ACCUEIL DE MINEURS :