

ESPACES JEUNES ET ADO TOUR

FICHE SANITAIRE ET DE RENSEIGNEMENTS

2026
2027

Merci d'écrire lisiblement

Cadre réservé à l'administration

☐ Vacances

☐ Péri-scolaire

IDENTITÉ DU JEUNE CONCERNÉ

Nom : Prénom :
 Né(e) le : Sexe : M ☐ F ☐ Autre ☐
 Classe : Établissement scolaire :
 Garde alternée : ☐ Non ☐ Oui

RENSEIGNEMENTS FAMILIAUX

☐ Père ☐ Mère ☐ Autre (préciser) :
 Nom : Prénom :
 Adresse :
 Commune/CP : Mail :
 N° de portable : N° professionnel :

☐ Père ☐ Mère ☐ Autre (préciser) :
 Nom : Prénom :
 Adresse :
 Commune/CP : Mail :
 N° de portable : N° professionnel :

☐ Père ☐ Mère ☐ Autre (préciser) :
 Nom : Prénom :
 Adresse :
 Commune/CP : Mail :
 N° de portable : N° professionnel :

Situation des parents :

☐ Mariés ☐ Pacsés ☐ En concubinage ☐ Séparés ☐ Divorcés ☐ Célibataire ☐ Veuf(ve)

Pour les parents ayant un lieu de vie différent, merci de cocher à qui adresser par mail les documents administratifs (factures, etc.) et d'information :

☐ Père ☐ Mère ☐ Autre (préciser) :

Autres personnes à prévenir en cas d'urgence :

Nom/Prénom : N° de port : Lien relationnel :
 Nom/Prénom : N° de port : Lien relationnel :

Autres informations (+ cf. documents complémentaires à fournir)

☐ CAF ☐ MSA ☐ Autre (préciser) :

N° allocataire : Quotient familial :

N° de sécurité sociale couvrant l'enfant :

Nous vous informons de l'intérêt que présente la souscription d'un contrat d'assurance couvrant les dommages corporels auxquels les activités pratiquées peuvent exposer votre enfant.

RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX

Régime alimentaire : ☐ Non ☐ Oui, préciser :

Traitement médical : ☐ Non ☐ Oui

(Joindre une ordonnance récente et les médicaments correspondants avec le nom de l'enfant sur l'emballage d'origine et la notice – Aucun médicament pris sans ordonnance).

Allergies : ☐ Non ☐ Oui, préciser (y compris la conduite à tenir) :
.....
.....

Vaccinations : ☐ J'atteste que mon enfant est à jour

Une rencontre avec l'équipe d'animation doit être prévue avant chaque accueil si :

- PAI (Projet d'accueil Individualité) : ☐ Non ☐ Oui

- Situation de handicap : ☐ Non ☐ Oui, préciser :

Recommandations utiles - précisez si votre enfant porte des lentilles, lunettes, des prothèses dentaires ou auditives, etc. :

Autres difficultés de santé (maladie, accident, crises convulsives, hospitalisation, opération, rééducation) en précisant les dates et les précautions à prendre :

Nom du médecin traitant : N°de tel :

AUTORISATIONS

J'autorise le personnel à **photographier** ou **filmer** mon enfant, dans la mesure où les films et images ne seront utilisés à aucun autre usage qu'un usage éducatif ou inhérent à la vie de l'établissement (plaquettes de communication, presse, réseaux sociaux) : ☐ Non ☐ Oui

Uniquement pour le temps des vacances scolaires :

J'autorise mon enfant à **rentrer seul** à la fin du temps d'accueil (sauf en soirée) : ☐ Non ☐ Oui

J'autorise mon enfant à **rentrer accompagné** par :

Nom/Prénom : N°de port : Lien relationnel :

Nom/Prénom : N°de port : Lien relationnel :

DOCUMENTS COMPLÉMENTAIRES À FOURNIR

- ☐ Photocopie du carnet de vaccination ou attestation du médecin certifiant que votre enfant est à jour
- ☐ Attestation de Quotient Familial + le cas échéant, Attestation Temps Libre CAF ou Bons vacances MSA / ou avis d'imposition le plus récent (**sans un de ces documents, le tarif le plus élevé est appliqué**)
- ☐ PAI (Projet d'Accueil Individualisé) si concerné
- ☐ Pass Nautique (Attestation d'aisance Aquatique ou « Savoir Nager ») – sauf pour ceux l'ayant déjà transmis

Je soussigné(e)..... certifie exacts les renseignements portés dans ce dossier, et consens à ce que :

- L'équipe d'animation prenne les **mesures d'urgences** en cas **d'accident** impliquant mon enfant (médecin, SAMU, Pompiers, hospitalisation, anesthésie)
- L'équipe d'animation **transporte** mon enfant dans les véhicules assurés par la structure dans le cadre des déplacements de groupe ou à le faire transporter (bus, train, etc.).

Sauf modification de la situation de la famille ou du jeune, les informations recueillies dans le présent dossier pourront être réutilisées les années suivantes, sous réserve d'une attestation annuelle de maintien des informations.

Signature du (ou des) **responsable(s) légal(aux)** de l'enfant :

Le :