

FICHE SANITAIRE 2025/2026

Inscription(s) aux activités Périscolaire Mercredis Vacances

NOM de l'enfant	Classe et instituteur (2025/2026)	
PRENOM de l'enfant		Sexe : <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F
Né(e) le	DIFFICULTES DE SANTE A SIGNALER	
Ecole	Allergies : <input type="checkbox"/> Alimentaires <input type="checkbox"/> Médicamenteuses Maladies : Votre enfant est-il en situation de handicap ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non (si oui, fournir le justificatif)	
Documents à fournir à l'inscription ou renouvellement d'inscription <input type="checkbox"/> Dernier Avis d'imposition (2025/2024) <input type="checkbox"/> Règlement Adhésion familiale 18€ (2025/2026) <input type="checkbox"/> Photocopie des vaccins		

RECOMMANDATIONS ALIMENTAIRES	MEDECIN TRAITANT
<input type="checkbox"/> Sans porc <input type="checkbox"/> P.A.I. <input type="checkbox"/> Végétarien <input type="checkbox"/> Sans poisson <input type="checkbox"/> Autre :	Nom : ☎ : / / / /

RESPONSABLE LEGAL	<input type="checkbox"/> Parent 1	<input type="checkbox"/> Parent 2
Nom / Prénom		
Adresse		
☎ Portable		
Mail (du destinataire facture)		@
Profession		
Employeur		
☎ Employeur		
Date de naissance		
N° sécurité sociale		
Situation familiale	<input type="checkbox"/> Mariés <input type="checkbox"/> Veuf/Veuve <input type="checkbox"/> Divorcés/Séparés <input type="checkbox"/> Pacsés <input type="checkbox"/> Union libre <input type="checkbox"/> Célibataire	
Régime allocataire (CAF, MSA, CMAF, ERDF...)	Régime <input type="checkbox"/> CAF <input type="checkbox"/> MSA <input type="checkbox"/> Autre N° Allocataire :	Régime <input type="checkbox"/> CAF <input type="checkbox"/> MSA <input type="checkbox"/> Autre N° Allocataire :
Assurance : nom et n° Responsab Civile		

AUTORISATIONS PARENTALES

Je soussigné(e) _____ responsable légal de _____

Autorise (cocher la/les case(s) ci-dessous) :

Le responsable de l'accueil de loisirs à prendre toutes mesures médicales ou chirurgicales reconnues nécessaires par l'état de santé de mon enfant (traitements médicaux, hospitalisation, interventions chirurgicales)

L'association à utiliser pour ses publications internes, tous documents photo, vidéo sur lesquels apparaît mon enfant,

L'association à utiliser sur ses outils de communication (site internet, facebook, plaquette...) tous documents, photos, vidéos sur lesquels apparaît mon enfant.

Mon enfant à quitter l'accueil de loisirs accompagné par :

Nom :	Prénom :	☎ : / / / /
Nom :	Prénom :	☎ : / / / /
Nom :	Prénom :	☎ : / / / /

En signant ce document :

- J'atteste que mon enfant est à jour de ses vaccinations obligatoires.
- Je reconnais avoir pris connaissance du règlement intérieur de l'association et l'accepter sans réserve.
- J'autorise la structure à saisir mes informations personnelles et médicales.

Fait à Dompiere Sur Mer, le _____ **Signature du ou des responsables légaux**