

FICHE DE RENSEIGNEMENTS - ACCUEIL DE LOISIRS 2025/2026

ENFANT

Nom, prénom : Né(e) le :

Adhésion le : Numéro de carte : Sexe : M ☐ F ☐

Régime social: ☐ Régime général ☐ Fonction publique ☐ MSA ☐ Autres:.....

CAF d'appartenance: ☐ CAF du Doubs N° d'Allocataire:..... ☐ Autres:

Adresse de l'enfant: Code postal:.....Ville:.....

Localisation: ☐ Besançon ☐ Grand Besançon ☐ Hors Besançon
Quartier:.....

Type de famille: ☐ Parentale ☐ Monoparentale ☐ Recomposée ☐ Famille d'accueil

PARENTS DE L'ENFANT (pour les familles d'accueil, renseigner un parent ET la famille d'accueil)

	Mère	Responsable de l'enfant ☐	Père	Responsable de l'enfant ☐
Nom, Prénom :				
Adresse du domicile (si différente de celle de l'enfant) :				
Tél.				
Courriel: (en majuscules)				
Profession :				

FACTURATION (à renseigner si l'adresse est différente de l'adresse de l'enfant)

Nom et adresse de facturation:.....

Personne à joindre en cas d'urgence (Nom+Téléphone) :

Nom de la ou des personnes susceptible(s) de venir chercher mon enfant (autres que les Parents) :

Nom/Prénom	Lien de parenté	N°Téléphone	Adresse

AUTORISATIONS

- * L'enfant sait-il nager: ☐ OUI ☐ NON
- * Piscine autorisée: ☐ OUI ☐ NON
- * J'autorise mon enfant à rentrer seul à la fin des activités: ☐ OUI ☐ NON
- * Pendant les activités, j'autorise le personnel de l'association à photographier et/ou à filmer mon enfant pour la création de souvenirs et d'archives: ☐ OUI ☐ NON
- * J'autorise l'association à utiliser ces supports pour sa promotion et son information (presse et journaux locaux, nouveaux média, affiches): ☐ OUI ☐ NON
- * Je consens au recueil de mes informations personnelles et à l'enregistrement dans un fichier informatisé pour des besoins liés à mon inscription et à la communication par Le Comité de Quartier. Je suis informé de la durée de conservation des données (3 ans). Je peux accéder à mes données (droit d'accès, rectification, suppression) en contactant maison.quartier@comite-stferjeux.fr ☐ OUI ☐ NON

SANTÉ, ALLERGIE, REPAS

Allergies:.....

Recommandations des parents:.....

Type de repas: ☐ Sans Viande ☐ Sans Porc ☐ Sans Poisson ☐ Autres:.....

ASSURANCE

☐ Je certifie que mon enfant bénéficie d'une assurance scolaire et extrascolaire.

Fait à, le Signature :

Association Loi 1901 conventionnée par la Ville de Besançon et agréée Centre Social par la CAF
SIRET 330 219 718 00021 - APE 9499Z



FICHE SANITAIRE DE LIAISON

1 - ENFANT

NOM : _____

PRÉNOM : _____

DATE DE NAISSANCE : _____

GARÇON ☐ FILLE ☐

DATES ET LIEU DU SÉJOUR :

CETTE FICHE PERMET DE RECUEILLIR DES INFORMATIONS UTILES PENDANT LE SÉJOUR DE L'ENFANT ;
ELLE ÉVITE DE VOUS DÉMUNIR DE SON CARNET DE SANTÉ ET VOUS SERA RENDUE À LA FIN DU SÉJOUR.

2 - VACCINATIONS (se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccinations de l'enfant).

VACCINS OBLIGATOIRES	oui	non	DATES DES DERNIERS RAPPELS	VACCINS RECOMMANDÉS	DATES
Diphtérie				Hépatite B	
Tétanos				Rubéole-Oreillons-Rougeole	
Poliomyélite				Coqueluche	
Ou DT polio				Autres (préciser)	
Ou Tétracoq					
BCC					

Si l'enfant n'a pas les vaccins obligatoires joindre un certificat médical de contre-indication
ATTENTION : LE VACCIN ANTI-TÉTANIQUE NE PRÉSENTE AUCUNE CONTRE-INDICATION

3 - RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX CONCERNANT L'ENFANT

L'enfant 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 pris sans ordonnance.

L'ENFANT A-T-IL DÉJÀ EU LES MALADIES SUIVANTES ?

RUBÉOLE	VARICELLE	ANGINE	RHUMATISME ARTICULAIRE AIGÜ	SCARLATINE
OUI ☐ NON ☐	OUI ☐ NON ☐	OUI ☐ NON ☐	OUI ☐ NON ☐	OUI ☐ NON ☐
COQUELUCHE	OTITE	ROUGEOLE	OREILLONS	
OUI ☐ NON ☐	OUI ☐ NON ☐	OUI ☐ NON ☐	OUI ☐ NON ☐	

ALLERGIES : ASTHME oui ☐ non ☐ MÉDICAMENTEUSES oui ☐ non ☐
ALIMENTAIRES oui ☐ non ☐ AUTRES.....

PRÉCISEZ LA CAUSE DE L'ALLERGIE ET LA CONDUITE À TENIR (si automédication le signaler)

INDIQUEZ CI-APRÈS :

LES DIFFICULTÉS DE SANTÉ (MALADIE, ACCIDENT, CRISES CONVULSIVES, HOSPITALISATION, OPÉRATION, RÉÉDUCATION) EN PRÉCISANT LES DATES ET LES PRÉCAUTIONS À PRENDRE.

4 - RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS

VOTRE ENFANT PORTE-T-IL DES LENTILLES, DES LUNETTES, DES PROTHÈSES AUDITIVES, DES PROTHÈSES DENTAIRES, ETC...
PRÉCISEZ.

5 - RESPONSABLE DE L'ENFANT

NOM.....

PRÉNOM.....

ADRESSE (PENDANT LE SÉJOUR).....

TÉL. FIXE (ET PORTABLE), DOMICILE :.....

BUREAU :.....

NOM ET TÉL. DU MÉDECIN TRAITANT (FACULTATIF).....

Je soussigné,.....responsable légal de l'enfant, déclare
exactes les renseignements portés sur cette fiche et autorise le responsable du séjour à prendre, le cas échéant,
toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale), rendues nécessaires par l'état de
l'enfant.

Date :

Signature :

A REMPLIR PAR LE DIRECTEUR A L'ATTENTION DES FAMILLES

COORDONNÉES DE L'ORGANISATEUR DU SÉJOUR OU DU CENTRE DE VACANCES

OBSERVATIONS

Merci de joindre la copie des pages de vaccination