

# FICHE INDIVIDUELLE ET CONFIDENTIELLE, DE RENSEIGNEMENTS SANITAIRES

## L'ENFANT (Ecrire en majuscule)

NOM : ..... PRENOM : .....

Date de naissance : ..... Age : ..... ans Sexe :  M  ♂  F  ♀

Ecole : ..... Classe : .....

## VACCINATIONS

**J'atteste que mon enfant satisfait aux obligations de vaccination et joins la copie du carnet de vaccination et/ou un certificat médical**

Pour les mineurs accueillis, seuls sont obligatoires (sauf contre-indication médicale reconnue), les vaccins suivants : Antidiphthérique, antitétanique, antipoliomyélitique. Le BCG n'est quant à lui plus obligatoire depuis 2017.

Important : La loi a rendu obligatoire 11 vaccins pour les enfants nés après le 01/01/2018 :

Coqueluche, hépatite B, rougeole, oreillons, bactérie Haemophilus influenzae, pneumocoque, méningocoque.

La loi n'étant pas rétroactive, elle ne concerne les enfants nés avant cette date.

## RENSEIGNEMENTS MEDICAUX

L'enfant suit-il un traitement médical :  OUI  NON Votre enfant a-t-il un dossier MDPH ? :  OUI  NON

**Si oui :** joindre une ordonnance récente et les médicaments

**Si oui :** joindre une copie de l'attestation AESH

(boîtes de médicaments dans leur emballage d'origine marquées au nom et prénom de l'enfant avec la notice)

**ATTENTION : aucun médicament ne pourra être pris ou donné sans ordonnance**

MALADIES								
	Oui	Non		Oui	Non		Oui	Non
Scarlatine			Rubéole			Rhumatismes		
Varicelle			Oreillons			Angine		
Coqueluche			Rougeole			Otite		
ALLERGIES								
	Oui	Non		Oui	Non		Oui	Non
Asthme .....			Médicaments ..... .....			Un P.A.I. a-t-il été mis en place pour sa scolarité (si oui : fournir une copie)		
Alimentaires ..... .....			Autres .....					

Spécifier les **antécédents médicaux** ou **chirurgicaux** ou **tout autre élément d'ordre médical** considérés par les parents comme **susceptibles d'avoir des répercussions** sur le déroulement du séjour :

.....  
.....

Les **difficultés de santé de votre enfant** (accident, crises convulsives, rééducation,) en précisant les dates et les **précautions à prendre** :

.....  
.....

**RECOMMANDATIONS UTILES** (port de lunettes, prothèses auditives, dentaires, ...) :

.....  
.....

Je soussigné(e),....., Responsable Légal de l'Enfant, .....

- Déclare exacts les renseignements portés sur la présente fiche et autorise le responsable de l'accueil à prendre le cas échéant toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale, ...) rendues nécessaires par l'état de santé de l'enfant ».

Signature



2026-2027

# FICHE INDIVIDUELLE ET CONFIDENTIELLE, DE RENSEIGNEMENTS ADMINISTRATIFS

## L'ENFANT (Ecrire en majuscule)

NOM : ..... PRENOM : .....

Date de naissance : ..... Age : ..... ans Sexe :  M  F

Ecole : ..... Classe : .....



## RESPONSABLES LEGAUX DE L'ENFANT (cocher la ou les case(s) lorsqu'il s'agit du ou des responsable(s) légal (aux) de l'enfant inscrit)

RESPONSABLE 1 :  PERE  MERE  TUTEUR(RICE)

RESPONSABLE 2 :  PERE  MERE  TUTEUR(RICE)

NOM : ..... Prénom : .....

NOM : ..... Prénom : .....

Adresse : .....

Adresse : .....

Code Postal : ..... Ville : .....

Code Postal : ..... Ville : .....

Profession : .....

Profession : .....

Domicile & Travail : .....

Domicile & Travail : .....

Portable : .....

Portable : .....

Adresse email : .....

Adresse email : .....

**SITUATION PARENTALE :** Mariés  Séparés  Divorcés  Pacsés  Union Libre  Veuf(ve)  Célibataire

**Qui a la garde de l'enfant :** Le père  La mère  Autre :  .....

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

## PERSONNE(S) AUTORISEE(S) A VENIR CHERCHER L'ENFANT

NOM/PRENOM	TELEPHONE(S)	LIEN AVEC L'ENFANT	PRIORITE

## RENSEIGNEMENTS ADMINISTRATIFS

Numéro d'Allocataire : ..... CAF de : ..... Quotient Familial : .....

REGIME GENERAL (Fonction Publique, Secteur privé, ...)  MSA  EDG-GDF-SNCF-RATP-Pêche Maritime

J'autorise l'ODEL à consulter les données sur CAF PRO Nombre d'enfants à charge : ..... Revenu imposable du ménage : .....€

	Responsabilité civile Individuelle accident :	Complémentaire santé (mutuelle) :
Compagnie		
Contrat N°		

## AUTORISATIONS PARENTALES

Je soussigné(e), ....., Responsable Légal de l'Enfant, ..... reconnais avoir rempli la présente fiche, avoir fourni les documents obligatoires et certifie exact les renseignements fournis et :

- J'autorise l'utilisation des données personnelles pour :  SMS  MAIL
  - J'autorise mon enfant à participer à toutes les activités de l'accueil de loisirs ODEL,
  - Je m'engage à informer par écrit l'Accueil de Loisirs de toute modification qui surviendrait en cours d'année,
- Je déclare avoir pris connaissance du projet éducatif de l'organisateur, des conditions de réalisation (spécifiques pour chaque activité) et du Règlement Intérieur.

- Attestation d'assurance extra-scolaire et responsabilité civile  Attestation CAF (quotient familial et les prestations perçues)  
 Si besoin : Jugement de divorce ou de séparation  Justificatif de domicile

Lu et approuvé

Date

Signature