



**FICHE DE
RENSEIGNEMENTS
2026**

PHOTO

Numéro de la carte avantage jeune

NOM ET PRÉNOM DU JEUNE :

Sexe : M / F

Date de naissance :

Établissement fréquenté : Classe :

Tél. portable et adresse mail du jeune :

Lieu de résidence du jeune :

Responsable légal 1 (nom, prénom et lien/qualité) :

Adresse :

Tél. domicile : Tél. portable :

Adresse mail :

Nom, adresse et n° de téléphone de l'employeur :

.....

Responsable légal 2 (nom, prénom et lien/qualité) :

Adresse :

Tél. domicile : Tél. portable :

Adresse mail :

Nom, adresse et n° de téléphone de l'employeur :

.....

Personne (s) habilitée (s) à prendre le jeune à la place des parents et/ou à contacter en cas d'urgence :

NOM (S), PRÉNOM (S) et n° de téléphone :

Frère(s) et sœur(s) (nom(s), prénom(s) et date(s) de naissance) :

.....

.....

Autorisations

Cocher par oui ou par non	OUI	NON
à subir une anesthésie au cas où, victime d'un accident ou d'une maladie aigüe à évolution rapide, une intervention chirurgicale serait nécessaire		
à quitter seul(e) l'accueil de jeunes après les activités, le dégageant ainsi toute responsabilité en cas d'incident		
à être photographié(e) ou filmé(e) lors des diverses activités effectuées à l'accueil de loisirs : diffusion sur des documents officiels, outils de communication tels que Facebook, Instagram, affiches... (si oui, l'accueil ne retirera aucunes photographies ni film quelques années plus tard en cas de demande)		
A être en quartier libre lors des sorties ou séjours		

Tout changement sera effectif au moment de celui-ci (dater et signer sur le côté du tableau, entourer le changement)

Je déclare sur l'honneur l'exactitude de ces renseignements, j'ai pris connaissance des conditions d'inscription et de fonctionnement de la structure et je les accepte. Je m'engage à signaler tout changement relatif à cette déclaration.

À le

Signature du responsable légal

FICHE SANITAIRE DE LIAISON

1 – ENFANT

NOM : _____

PRÉNOM : _____

DATE DE NAISSANCE : _____

GARÇON FILLE

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
Diphthérie				Hépatite B	
Tétanos				Rubéole Oreillons Rougeole	
Poliomyélite				Coqueluche	
Ou DT polio				BCG	
Ou Tétracoq				Autres (préciser)	

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 DEJA EU LES MALADIES SUIVANTES ?

RUBÉOLE	VARICELLE	ANGINE	RHUMATISME ARTICULAIRE AIGÜ	SCARLATINE
oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>				
COQUELUCHE	OTITE	ROUGEOLE	OREILLONS	
oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>				

ALLERGIES : ASTHME oui non
ALIMENTAIRES oui non MÉDICAMENTEUSES 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.

L'ENFANT MOUILLE-T-IL SON LIT ?

NON	OCCASIONNELLEMENT	OUI
-----	-------------------	-----

S'IL S'AGIT D'UNE FILLE EST-ELLE RÉGLÉE ?

NON	OUI
-----	-----

5 - RESPONSABLE DE L'ENFANT

NOM _____ PRÉNOM _____

ADRESSE (PENDANT LE SÉJOUR) _____

Numéros de téléphone :

Mère : domicile : _____ portable : _____ travail : _____

Père : domicile : _____ portable : _____ travail : _____

NOM ET TÉL. DU MÉDECIN TRAITANT (FACULTATIF) _____

Je soussigné(e), _____ responsable légal de l'enfant, déclare
exacts 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. J'autorise également, si nécessaire, le directeur du séjour à faire sortir mon enfant de l'hôpital après une
hospitalisation.

N° de sécurité sociale : _____

Date : _____ Signature : _____

A REMPLIR PAR LE DIRECTEUR A L'ATTENTION DES FAMILLES COORDONNÉES DE L'ORGANISATEUR DU SÉJOUR OU DU CENTRE DE VACANCES

OBSERVATIONS
