



# FICHE DE RENSEIGNEMENTS ACQ 2025-2026

Cantine, Centres de loisirs, Garderie

N° allocataire CAF :  
.....

## Renseignements Enfant :

Nom : ..... Prénom : .....  
Date et lieu de naissance : ..... / ..... / .....  
Etablissement scolaire fréquenté : .....  
Niveau de Classe : .....

## Renseignements Responsable légal de l'enfant :

### Parent 1

Nom : .....  
Prénom : .....  
Adresse : .....  
.....  
Tél. : .../.../.../.../.....  
Adresse mail :  
.....  
Profession : .....

### Parent 2

Nom : .....  
Prénom : .....  
Adresse (si différente du parent 1) : .....  
.....  
Tél. : .../.../.../.../.....  
Adresse mail :  
.....  
Profession : .....

## Personne à prévenir en cas d'urgences : (si différente des parents)

Nom : ..... Prénom : .....  
Tél. Fixe : ...../...../...../...../..... Tél. Port. : ...../...../...../...../.....

## Coordonnées des personnes autorisées à venir reprendre l'enfant :

<u>Nom Prénom,</u>	<u>N° de téléphone</u>
.....	...../...../...../...../.....
.....	...../...../...../...../.....
.....	...../...../...../...../.....

## Autorisation Parentale

Je soussigné(e) Melle, Mme, Mr, ....., en qualité de père, mère, tuteur (1)

- Autorise ..... à participer à l'ensemble des activités organisées dans le cadre de la cantine et des ACM. (1)
- Autorise les responsables de la cantine et/ou des ACM à prendre toutes les mesures nécessaires en cas d'urgences médicales, y compris un transport en milieu hospitalier et m'engage à rembourser les frais médicaux éventuels. (1)
- Autorise la prise de photos et de vidéos lors des activités organisées par la mairie à des fins d'illustration dans différents supports de communication : bulletin municipal, sites internet de la mairie, exposition ... (1)
- Autorise mon enfant à quitter seul le centre à la fin des activités (1)

A ..... le ..... / ..... / 20.....

Signature

(1) Rayer les mentions inutiles

# FICHE SANITAIRE DE LIAISON

## 1 - Renseignements médicaux :

Numéro sécurité sociale : .....

Nom du Médecin traitant : .....

Ville : ..... Tél. Fixe : ...../...../...../...../.....

En cas d'hospitalisation, à quel hôpital souhaitez-vous que nous emmenions votre enfant ?

.....

### JOINDRE OBLIGATOIREMENT :

- Une copie des pages du carnet de vaccination ou une attestation d'un médecin en cas de contre-indication
- Une photocopie d'une attestation d'assurance extra-scolaire en cours de validité

**En cas de dossier incomplet, l'inscription ne sera pas prise en compte**

## 2 - Renseignements médicaux de l'enfant :

L'enfant suit-il un **traitement médical** quotidien ?  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 donné sans ordonnance.**

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

<b>RUBÉOLE</b> <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<b>VARICELLE</b> <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<b>COQUELUCHE</b> <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<b>OTITE</b> <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<b>ROUGEOLE</b> <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<b>SCARLATINE</b> <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<b>ANGINE</b> <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<b>OREILLONS</b> <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<b>RHUMATISME ARTICULAIRE AIGÛ</b> <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
--	--	---	--	---	---	---	--	--

### ALLERGIES :

ASTHME  Oui  Non      ALIMENTAIRES  Oui  Non      MEDICAMENTEUSES  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**.

.....

## 3 - Recommandations utiles des parents

Votre enfant porte-t-il des lentilles, des lunettes, des prothèses auditives, des prothèses dentaires, etc...précisez.

.....

.....

.....

## 4 - Responsable de l'enfant

Je soussigné ..... 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.

Date :

Signature :