

# FICHE DE RENSEIGNEMENTS 2025/2026

Centre Social Bourgogne



NOM de l'enfant : .....  
Prénom : .....  
SEXE : F  M  - Date de naissance : ..... / ..... / .....  
Lieu de naissance : .....  
Ecole fréquentée : .....  
Classe 2025/2026 : ..... / N° Allocataire CAF : .....

## INFOS PARENT 1

NOM : ..... Prénom : ..... Parenté : .....  
Date de naissance : ..... / ..... / ..... Lieu de naissance : .....  
Adresse : .....  
Tel fixe : ..... Tel portable : ..... Tel Travail : .....  
**Adresse mail** ..... Situation familiale : .....  
Profession : ..... Employeur : .....

## INFOS PARENT 2

NOM : ..... Prénom : ..... Parenté : .....  
Date de naissance : ..... / ..... / ..... Lieu de naissance : .....  
Adresse : .....  
Tel fixe : ..... Tel portable : ..... Tel Travail : .....  
**Adresse mail** ..... Situation familiale : .....  
Profession : ..... Employeur : .....

## PERSONNES AUTORISEES A VENIR CHERCHER MON ENFANT (AUTRES QUE LES PARENTS)

Nom Prénom : ..... Tel : ..... Lien de parenté : .....  
Nom Prénom : ..... Tel : ..... Lien de parenté : .....  
Nom Prénom : ..... Tel : ..... Lien de parenté : .....

## PERSONNES A PREVENIR EN CAS D'URGENCE (AUTRES QUE LES PARENTS)

Nom Prénom : ..... Tel : ..... Lien de parenté : .....  
Nom Prénom : ..... Tel : ..... Lien de parenté : .....  
Nom Prénom : ..... Tel : ..... Lien de parenté : .....

**Régime Alimentaire :** Sans Porc :  Sans viande :  Autres : .....

**Votre enfant a-t-il des allergies :**

Asthme :  oui  non / Alimentaires :  oui  non / Médicamenteuses :  oui  non

Si oui, préciser lesquelles, fournir un certificat médical et préciser la cause de l'allergie ainsi que la conduite à tenir :

.....

Autres : .....

Médecin traitant (facultatif) : ..... Tel : .....

**Votre enfant porte-t-il des lentilles, des lunettes, des prothèses auditives, des prothèses dentaires, ... ?**

.....

**VACCINATION**

Tout enfant accueilli en Centre de Loisirs doit répondre aux obligations vaccinales fixées par le Code de l'Action Sociale et Familiale, l'unique obligation vaccinale porte sur la Diphtérie, Tétanos et Poliomyélite.

**Votre enfant a-t-il eu les maladies suivantes :**

Rubéole  varicelle  angine  scarlatine  coqueluche  otite  rougeole  oreillons  rhumatismes

**ACCUEIL ADAPTE POUR LES ENFANTS EN SITUATION DE HANDICAP**

Afin d'assurer un accueil dans les conditions les plus adaptées, merci de nous indiquer si votre enfant bénéficie d'un des dispositifs suivants : - Allocation enfant handicapé (AEEH ou PCH)

- Projet d'Accueil Individualisé lié au handicap (PAI)

- Projet d'Accueil Personnalisé (PAP)

**Merci de fournir une copie de la Notification MDPH (Maison Départementale des Personnes Handicapées) ainsi que l'attestation AEEH de la CAF de la Loire.**

**AUTORISATIONS**

1- Sortie : j'autorise mon enfant à partir seul : oui  non

2- J'autorise le secrétariat à consulter mon quotient CAF pour le calcul du tarif : oui  non

*Sans autorisation de consultation, le tarif le plus élevé sera appliqué.*

3- Droit à l'image : j'autorise  je n'autorise pas  :  photos et vidéos dans le cadre des activités de l'accueil de loisirs

4- Participation aux activités à l'extérieur organisées par le centre de loisirs: j'autorise  je n'autorise pas

5- Transport en voiture particulière en cas de problème de santé de mon enfant : j'autorise  je n'autorise pas

6- Administration de médicaments sur présentation d'ordonnance ou après autorisation donnée par les services d'urgence : j'autorise  je n'autorise pas

Préférence :  clinique  hôpital

*Je soussigné(e)....., responsable légal de l'enfant déclare exacts les renseignements portés et autorise le responsable de la structure d'accueil à prendre les mesures d'urgence nécessaires pour notre enfant.*

Je soussigné(e)....., déclare être en possession, avoir pris connaissance et accepté le règlement intérieur.

Je déclare avoir pris connaissance des informations relatives à l'utilisation des données à caractère personnel (RGPD).

Date :

Signature :