



FICHE DE RENSEIGNEMENTS OBLIGATOIRES – ACCUEILS COLLECTIFS DE MINEURS DU PLPR
Les informations demandées ci-après sont conformes au code de l'action Sociale et des Familles et à la fiche CERFA
n°10008*02 relative à la fiche sanitaire de liaison

1. L'ENFANT

Nom de l'enfant : Prénom :

Date de naissance : Garçon Fille

Établissement scolaire : Classe :



2. LA FAMILLE

Responsable légal 1

Nom : Prénom :

Adresse :

Code Postal : Ville :



 Domicile :  Mobile :

Responsable légal 2

Nom : Prénom :

Adresse :

Code Postal : Ville :

 Domicile :  Mobile :

Sécurité Sociale de rattachement de l'enfant : Père Mère

N° S.S. :

Régime social de rattachement : Général Agricole (MSA) Autres

N° allocataire CAF :

Ou

N° allocataire MSA :

Quotient familial accompagné d'un justificatif* :

*Si vous ne connaissez pas votre quotient familial, vous autorisez l'Association du Patronage Laïque du Pilier Rouge à le consulter directement via son accès au compte partenaire de la CAF : OUI NON

Compagnie d'assurance ⁽¹⁾ de la Responsabilité civile :

N° de police d'assurance : Date d'échéance :

3.FICHE SANITAIRE DE LIAISON

Tableau des vaccinations obligatoires jusqu'à 15 ans

Merci de compléter ce tableau pour attester que votre enfant est à jour de ses vaccinations obligatoires. Joignez une copie du carnet de santé ou du certificat de vaccination pour vérification.

Vaccins	Dates des vaccinations (jj/mm/aaaa)	
DTP (Diphtérie-Tétanos-Poliomyélite)	2 mois : <input type="text"/>	4 mois : <input type="text"/>
	11 mois : <input type="text"/>	6 ans : <input type="text"/>
	Entre 11 et 13 ans : <input type="text"/>	
Coqueluche	2 mois : <input type="text"/>	4 mois : <input type="text"/>
	11 mois : <input type="text"/>	6 ans : <input type="text"/>
	Entre 11 et 13 ans : <input type="text"/>	
Hib (Haemophilus influenzae b)	2 mois : <input type="text"/>	4 mois : <input type="text"/>
	11 mois : <input type="text"/>	
Hépatite B	2 mois : <input type="text"/>	4 mois : <input type="text"/>
	11 mois : <input type="text"/>	
Pneumocoque	2 mois : <input type="text"/>	4 mois : <input type="text"/>
	11 mois : <input type="text"/>	
Méningocoque C	2 mois : <input type="text"/>	4 mois : <input type="text"/>
	11 mois : <input type="text"/>	
ROR (Rougeole-Oreillons-Rubéole)	12 mois : <input type="text"/>	Entre 16 et 18 mois : <input type="text"/>

Renseignements médicaux concernant l'enfant :

L'enfant suit-il un traitement médical ? Oui Non

(*Si oui joindre une ordonnance récente et les médicaments dans leur emballage d'origine marquée au nom de l'enfant avec la notice)

L'enfant a-t-il déjà eu les maladies suivantes :

Rubéole Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Varicelle Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Angine Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Scarlatine Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Rhumatisme articulaire aigü Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
Coqueluche Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Otite Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Rougeole Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oreillons Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Covid-19 Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>

Allergies :

Asthme Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Alimentaire Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Médicamente Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Autres Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
--	---	---	--

Précisez la cause de l'allergie et la conduite à tenir (si automédication le signaler) ou régime alimentaire si besoin (exemple : mixé, sans porc)

Votre enfant a-t-il déjà eu des problèmes de santé (maladie, accident, crises convulsives, hospitalisation, opération...) :

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

Pour mieux accueillir votre enfant :

Afin d'accompagner au mieux votre enfant et de recueillir les éléments administratifs requis par nos partenaires institutionnels merci de bien vouloir répondre aux questions suivantes.

Bénéficiez-vous de l'Allocation d'Éducation de l'Enfant Handicapé (AEEH) ? OUI NON

Si oui, merci de nous joindre une copie de la notification.

Votre enfant a-t-il un dossier à la Maison Départementale des Personnes Handicapées ou une demande en cours : Oui Non

Si oui, est-il accompagné par une AESH/AVS ? Oui Non

Pour favoriser la continuité dans l'accueil de votre enfant, autorisez-vous l'équipe de direction du Patronage Laïque du Pilier Rouge à prendre contact avec les professionnels qui le suivent au quotidien ? Oui Non

Si oui, merci d'indiquer les coordonnées des structures et/ou des spécialistes qui l'accompagnent :

Autorisations parentales

Je soussigné(e),

-J'AUTORISE les personnes citées ci-dessous à venir chercher mon enfant :

Nom – Prénom	Adresse	Téléphone
<div style="border: 1px solid black; height: 40px;"></div>	<div style="border: 1px solid black; height: 40px;"></div>	<div style="border: 1px solid black; height: 40px;"></div>
<div style="border: 1px solid black; height: 40px;"></div>	<div style="border: 1px solid black; height: 40px;"></div>	<div style="border: 1px solid black; height: 40px;"></div>
<div style="border: 1px solid black; height: 40px;"></div>	<div style="border: 1px solid black; height: 40px;"></div>	<div style="border: 1px solid black; height: 40px;"></div>
<div style="border: 1px solid black; height: 40px;"></div>	<div style="border: 1px solid black; height: 40px;"></div>	<div style="border: 1px solid black; height: 40px;"></div>

- **J'AUTORISE** le directeur de l'accueil de loisirs du Patronage Laïque du Pilier Rouge, à prendre le cas échéant, toutes les mesures (hospitalisation, intervention, chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de l'enfant.

- **JE M'ENGAGE** à rembourser les honoraires médicaux et pharmaceutiques avancés par le PLPR en raison des soins engagés.

- **JE DEMANDE** au directeur de l'accueil de loisirs, en cas de maladie de mon enfant, d'administrer sous ma responsabilité, les médicaments prescrits par son médecin traitant suivant l'ordonnance : Oui Non

- **J'AUTORISE** l'association à faire transporter mon enfant pour les besoins des activités de l'accueil de Loisirs : en voiture (par les animateurs et bénévoles de l'association), par des moyens de transports collectifs (cars, bus, train...)

- **J'AUTORISE** l'Association Patronage Laïque du Pilier Rouge à traiter sur un support informatique les informations concernant mon adhésion. *Fichier de données déclaré à la CNIL.*

- **J'AUTORISE** que mon soit filmé et/ou photographié aux fins d'utilisation par : L'accueil de loisirs Oui Non / La presse locale Oui Non / Le site internet et autres moyens de communication numériques utilisés par l'association Oui Non

J'AI LU ET ACCEPTÉ le projet pédagogique et de fonctionnement de l'accueil collectif de mineurs du Patronage Laïque du Pilier Rouge,

Je certifie exacts les renseignements portés sur la présente fiche.

Lu et Approuvé, fait à le

Signature responsable-s légal-aux :