



**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 <sup>(1)</sup> 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)	
<b>DTP (Diphtérie-Tétanos-Poliomyélite)</b>	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"/>	
<b>Coqueluche</b>	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"/>	
<b>Hib (Haemophilus influenzae b)</b>	2 mois : <input type="text"/>	4 mois : <input type="text"/>
	11 mois : <input type="text"/>	
<b>Hépatite B</b>	2 mois : <input type="text"/>	4 mois : <input type="text"/>
	11 mois : <input type="text"/>	
<b>Pneumocoque</b>	2 mois : <input type="text"/>	4 mois : <input type="text"/>
	11 mois : <input type="text"/>	
<b>Méningocoque C</b>	2 mois : <input type="text"/>	4 mois : <input type="text"/>
	11 mois : <input type="text"/>	
<b>ROR (Rougeole-Oreillons-Rubéole)</b>	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 :

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

**Allergies :**

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