Saison 2025/2026

PATRONAGE LAÏQUE DU PILIER ROUGE

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 :

Date de naissance : / /

Adresse :

Code Postal : Ville :

☎ Domicile : ☎ Mobile :

Adresse Mail : @

Responsable légal 2

Nom : Prénom :

Date de naissance : / /

Adresse :

Code Postal : Ville :

☎ Domicile : ☎ Mobile :

Adresse Mail : @

Sécurité Sociale de rattachement de l'enfant : ☐ Père ☐ Mère

N° de Sécurité Sociale auquel l'enfant est rattaché :

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 OBLIGATOIRES	**Dates des derniers rappels vaccinations (jj/mm/aaaa)**
DTP (Diphtérie-Tétanos-Poliomyélite)	
Ou DT Polio	
Ou Tétracoq	
BCG	
Vaccins RECOMMANDÉS	**Dates des derniers rappels vaccinations (jj/mm/aaaa)**
Hib (Haemophilus influenzae b)	
Hépatite B	
Pneumocoque	
Méningocoque C	
ROR (Rougeole-Oreillons-Rubéole)	

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 ☐ Non	**Varicelle** ☐ Oui ☐ Non	**Angine** ☐ Oui ☐ Non	**Scarlatine** ☐ Oui ☐ Non	**Rhumatisme articulaire aigü** ☐ Oui ☐ Non
Coqueluche ☐ Oui ☐ Non	**Otite** ☐ Oui ☐ Non	**Rougeole** ☐ Oui ☐ Non	**Oreillons** ☐ Oui ☐ Non	**Covid-19** ☐ Oui ☐ Non

Allergies :

Asthme	Alimentaire	Médicamente	Autres
☐ Oui ☐ Non	☐ Oui ☐ Non	☐ Oui ☐ Non	☐ Oui ☐ Non

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 :

<u>Pour mieux accueillir votre enfant :</u>

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 :

<u>Autorisations parentales</u> Je soussigné(e),

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

Nom – Prénom	Adresse	Téléphone

☐ **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-s responsable-s légal-aux :