

Saison 2026/2027



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 : ____/____/____

Conformément au Code de l'action sociale et des familles, l'organisateur informe les responsables légaux de l'intérêt à souscrire une assurance individuelle accident pour leur enfant.

3.FICHE SANITAIRE DE LIAISON

VACCINATIONS :

Je soussigné(e) _____

responsable légal de l'enfant _____

atteste que mon enfant est **à jour des vaccinations obligatoires conformément au calendrier vaccinal en vigueur en France.**

Les vaccinations obligatoires pour les enfants comprennent notamment :

- Diphtérie
- Tétanos
- Poliomyélite
- Coqueluche
- Haemophilus influenzae b
- Hépatite B
- Pneumocoque
- Méningocoque C
- Rougeole
- Oreillons
- Rubéole

☐ Je joins une copie des pages "vaccinations" du carnet de santé de l'enfant ou un **certificat médical attestant que les vaccinations obligatoires sont à jour.**

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 ☐ Oui ☐ Non	Alimentaire ☐ Oui ☐ Non	Médicamente ☐ Oui ☐ Non	Autres ☐ 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 :

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 :

Je soussigné(e), _____

Nom – Prénom	Adresse	Téléphone

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

Oui Non

☐ **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.*

L'accueil de loisirs ☐ Oui ☐ Non

Le site internet et autres moyens de communication numériques utilisés par l'Association ☐ Oui ☐ Non

Je certifie exacts les renseignements portés sur la présente fiche.

Lu et Approuvé, fait à _____ le ____/____/____

Signature-s responsable-s légal-aux :