



Année  
2026-2027



FICHE DE RENSEIGNEMENTS ENFANT

G  F

Nom : ..... Prénom : .....  
Date de naissance : ..... Lieu de naissance : .....  
Régime alimentaire : ..... Allergies : .....  
Médecin traitant : ..... Lieu du cabinet : .....  
N° d'allocataire CAF ou MSA : ..... Nom de l'allocataire .....  
N° d'assurance : ..... Compagnie : .....

**Responsable légal 1 : père  mère  tuteur légal**   
**ou autre (préciser) : .....** **Avez-vous un compte Portail Famille  oui  non**

Nom : ..... Prénom : .....  
Adresse : .....  
.....  
TEL domicile : ..... TEL professionnel : ..... TEL portable : .....  
Adresse mail : .....  
Situation familiale : célibataire marié (e) pacsé (e) vie maritale veuf, veuve  
divorcé (e) séparé(e) (*joindre l'ordonnance du jugement si nécessaire*).

**Responsable légal 2 : père  mère  tuteur légal**   
**ou autre (préciser) : .....** **Avez-vous un compte Portail Famille  oui  non**

Nom : ..... Prénom : .....  
Adresse : .....  
.....  
TEL domicile : ..... TEL professionnel : ..... TEL portable : .....  
Adresse mail : .....  
Situation familiale : célibataire marié (e) pacsé (e) vie maritale veuf, veuve  
divorcé (e) séparé(e) (*joindre l'ordonnance du juge si nécessaire*).

**Projet d'Accueil Individualisé**

Votre enfant fait-il l'objet d'un PAI ?  OUI  NON

Les parents d'un enfant présentant des problèmes médicaux dont des allergies (asthme, etc...) ou des intolérances alimentaires sont invités à établir un Protocole d'Accueil Individualisé (PAI), qui est obligatoire pour être admis au restaurant scolaire en cas d'allergie alimentaire.

Le PAI est à retirer auprès du directeur de l'école et à faire signer par le médecin traitant, le directeur de l'école, le médecin de l'éducation nationale et le représentant de la ville en début d'année scolaire. Une copie du PAI est à remettre aux responsables des activités périscolaires.

## AUTORISATIONS PARENTALE.

Je soussigné(e).....responsable légal(e)  
de l'enfant .....déclare inscrire l'enfant après avoir pris connaissance  
des conditions générales de fonctionnement (Espace Jeune), et du règlement intérieur.  
J'autorise l'enfant à participer à toutes les activités prévues le jour de sa présence.  
J'autorise la structure à prendre en photo mon enfant (presse et réseaux sociaux, journal municipal).  
**Autorise mon enfant à rentrer seul aux horaires de fermeture: oui (heure.....) non**  
J'autorise la direction à prendre toutes les dispositions nécessaires en cas d'urgence suivant les  
instructions du corps médical.

### **Vous devez joindre au dossier les documents suivants :**

- Une photocopie de l'attestation de coefficient familial (CAF-MSA)
- Photocopie de la responsabilité civile de l'enfant en cours de validité.
- Fiche sanitaire de liaison complétée accompagnée de la copie du carnet de vaccination de l'enfant
- Attestation d'aisance aquatique ou carte « Savoir nager »
- Certificat médical de non-contre-indication à la pratique sportive (valable 3 ans)
- En cas de divorce ou séparation, documents établissant l'autorité parentale (copie du jugement ou de l'ordonnance du juge des affaires familiales)
- En cas d'allergie ou de prise de médicaments : Protocole d'Accueil Individualisé.

Vous attestez avoir pris connaissance du règlement intérieur.

**Dossier à ramener complet (format papier) au SERVICE ENFANCE JEUNESSE directement :  
boîte aux lettres de la mairie**

A Maraussan le

Signature du représentant légal



L'ENFANT

FICHE SANITAIRE DE LIAISON

Fiche à renouveler chaque année scolaire

NOM : \_\_\_\_\_

PRÉNOM : \_\_\_\_\_

DATE DE NAISSANCE : \_\_\_\_\_

1 - VACCINATIONS (se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccinations de l'enfant).

Table with 5 columns: Vaccins Obligatoires, oui, non, Dates des derniers rappels, Vaccins recommandés, Dates. Rows include Diphthérie, Tétanos, Poliomyélite, etc.

SI L'ENFANT N'A PAS LES VACCINS OBLIGATOIRES JOINDRE UN CERTIFICAT MÉDICAL DE CONTRE-INDICATION ATTENTION : LE VACCIN ANTI-TÉTANIQUE NE PRÉSENTE AUCUNE CONTRE-INDICATION

2 - RENSEIGNEMENTS MEDICAUX CONCERNANT L'ENFANT

L'enfant suit-il un traitement médical pendant sa présence au centre de loisirs ou le séjour ? Oui [ ] non [ ]

Si oui joindre une ordonnance indiquant les médicaments correspondants (Boîtes de médicaments dans leur emballage d'origine marquées au nom de l'enfant avec la notice)

Aucun médicament ne pourra être pris sans ordonnance.

A titre indicatif L'ENFANT A-T-IL DÉJÀ EU LES MALADIES SUIVANTES ?

Table with 5 columns: RUBÉOLE, VARICELLE, ANGINE, RHUMATISME ARTICULAIRE AIGÛ, SCARLATINE. Each cell contains 'OUI [ ] NON [ ]'.

ALLERGIES : MEDICAMENTEUSES oui [ ] non [ ] ALIMENTAIRES oui [ ] non [ ]

AUTRES .....

ASTHME oui [ ] non [ ] PAI en cours oui [ ] non [ ]

PRECISEZ LA CAUSE DE L'ALLERGIE ET LA CONDUITE A TENIR

.....

**INDIQUEZ CI-APRÈS :**

**LES DIFFICULTÉS DE SANTÉ (MALADIE, ACCIDENT, CRISES CONVULSIVES, HOSPITALISATION, OPÉRATION, RÉÉDUCATION) EN PRÉCISANT LES PRÉCAUTIONS À PRENDRE.**

.....  
.....  
.....  
.....

**3 – INFORMATIONS COMPLEMENTAIRES (à renseigner obligatoirement.)**

Port de lunettes, de lentilles, d'appareils dentaires ou auditifs, comportement de l'enfant, difficulté de sommeil, énurésie nocturne :

.....  
.....  
.....

**4 -RESPONSABLE DE L'ENFANT**

NOM ..... PRÉNOM

.....

ADRESSE.....

TÉL. FIXE (ET PORTABLE), DOMICILE : ..... BUREAU :

.....

NOM ET TÉL. DU MÉDECIN TRAITANT

(FACULTATIF).....

*Je soussignée, .....responsable légal de l'enfant, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise l'équipe d'animation à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de l'enfant, Ceci suivant les prescriptions d'un médecin et/ou un service d'urgence seuls habilités à définir l'hôpital de secteur.*

Date :

Signature :