



Liberté • Égalité • Fraternité

RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

2024-2025

2025-2026

2026-2027



MAIRIE DE  
SOUCY

**Accueil de Loisirs**  
Périscolaire/Mercredis/Vacances scolaires  
**Fiche de renseignements et d'informations sanitaires**

N° CAF ou MSA \_\_\_\_\_ **(Obligatoire)**

Ce document permet de recueillir des éléments administratifs et certains éléments de la santé de l'enfant. Cette fiche doit être remplie intégralement et transmise **obligatoirement** à l'organisateur de l'accueil de l'enfant pour faire valoir votre inscription.

Nom, prénom de l'enfant : .....

Date de naissance : ..... / ..... / .....

Sexe : F / G

Représentant légal 1 : Père, Mère ou responsable de l'enfant (barrez les mentions inutiles)

Nom, prénom.....

Adresse.....

Domicile.....  Travail.....  Téléphone portable.....

Email : ..... **(Obligatoire)**

Représentant légal 2 : Père, Mère ou responsable de l'enfant (barrer les mentions inutiles)

Nom, prénom.....

Adresse.....

Domicile.....  Travail.....  Téléphone portable.....

Email : ..... **(Obligatoire)**

Personnes susceptibles d'être prévenues en cas d'urgence :

1. Nom, prénom.....

Adresse.....

Domicile..... Travail..... Téléphone portable.....

2. Nom, prénom.....

Adresse.....

Domicile..... Travail..... Téléphone portable.....

**Les responsables légaux autorisent ces personnes à venir chercher l'enfant dans la structure**

Assurance responsabilité civile : Joindre attestation ou justificatif **(Obligatoire)**

Compagnie : .....

Numéro d'adhérent : .....

**Vaccinations : (Obligatoire)**

Fournir la photocopie du carnet de vaccination en vérifiant que le nom de l'enfant est clairement mentionné. À défaut, fournir une attestation de vaccination d'un médecin.

Indiquez ci-dessous les éléments médicaux qui sont susceptibles d'avoir des répercussions sur le déroulement de l'accueil

\*

Maladies ou allergies sévères connues : (exemple diabète, asthme, allergies alimentaires...)

Conduite à tenir spécifique (sommeil, hygiène, alimentation... port de lunettes, port d'appareillage auditif...)

Traitement médicamenteux (susceptibles d'avoir des répercussions sur le temps de l'accueil) :  
Fournir obligatoirement la copie de l'ordonnance en cours de validité.

Allergies médicamenteuses connues :

Si vous devez signaler des difficultés de santé et dans l'intérêt de l'enfant  
Contactez le responsable de la structure d'accueil

\*

**Urgence**

En cas d'urgence, j'autorise le responsable de la structure à prendre les mesures nécessaires pour faire appel à des secours et faire hospitaliser mon fils ou ma fille en cas de besoin.

Signature du responsable légal 1

Signature du responsable légal 2

**Autres renseignements**

**Autorisation de photographie**

J'autorise l'Accueil de Loisirs de Soucy à utiliser les photos (pour exposition photo ou création) de mon enfant prise dans le cadre des activités de loisirs.

Pour une diffusion extérieure à l'Accueil de Loisirs, une demande particulière sera faite.

Oui      ou      Non

Je certifie sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés ci-dessus et m'engage à signaler toute modification des renseignements fournis.

Signature du responsable légal 1

Signature du responsable légal 2