



**RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LA FAMILLE**

**RESPONSABLE 1** : Père  Mère  Autre  \_\_\_\_\_

Marié  Pacsé  Divorcé  Séparé  Veuf  Concubin  Célibataire

Nom : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_

Adresse exacte : N° \_\_\_\_\_ Rue : \_\_\_\_\_

Code Postal : \_\_/\_\_/\_\_/\_\_/\_\_ Ville : \_\_\_\_\_

Téléphones : Domicile : \_\_/\_\_/\_\_/\_\_/\_\_/\_\_/\_\_/\_\_/\_\_/\_\_ Professionnel : \_\_/\_\_/\_\_/\_\_/\_\_/\_\_/\_\_/\_\_/\_\_/\_\_

Portable : \_\_/\_\_/\_\_/\_\_/\_\_/\_\_/\_\_/\_\_/\_\_/\_\_ E-mail : \_\_\_\_\_

Profession : \_\_\_\_\_

N° Allocataire CAF : \_\_\_\_\_ Département : \_\_/\_\_/

N° Allocataire MSA : \_\_\_\_\_ Département : \_\_/\_\_/



**RESPONSABLE 2** : Père  Mère  Autre  \_\_\_\_\_

Nom : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_

Adresse exacte : N° \_\_\_\_\_ Rue : \_\_\_\_\_

Code Postal : \_\_/\_\_/\_\_/\_\_/\_\_ Ville : \_\_\_\_\_

Téléphones : Domicile : \_\_/\_\_/\_\_/\_\_/\_\_/\_\_/\_\_/\_\_/\_\_/\_\_ Professionnel : \_\_/\_\_/\_\_/\_\_/\_\_/\_\_/\_\_/\_\_/\_\_/\_\_

Portable : \_\_/\_\_/\_\_/\_\_/\_\_/\_\_/\_\_/\_\_/\_\_/\_\_ E-mail : \_\_\_\_\_

Profession \_\_\_\_\_



**PERSONNE 1 A PREVENIR EN CAS D'URGENCE :**

Nom : \_\_\_\_\_

Prénom : \_\_\_\_\_

Lien avec l'enfant : \_\_\_\_\_

Téléphone : \_\_/\_\_/\_\_/\_\_/\_\_/\_\_/\_\_/\_\_/\_\_/\_\_

**PERSONNE 2 A PREVENIR EN CAS D'URGENCE :**

Nom : \_\_\_\_\_

Prénom : \_\_\_\_\_

Lien avec l'enfant : \_\_\_\_\_

Téléphone : \_\_/\_\_/\_\_/\_\_/\_\_/\_\_/\_\_/\_\_/\_\_/\_\_



**MEDECIN TRAITANT :**

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

Téléphone : \_\_/\_\_/\_\_/\_\_/\_\_/\_\_/\_\_/\_\_/\_\_/\_\_

	ENFANT 1	ENFANT 2	ENFANT 3	ENFANT 4	ENFANT 5
<b>IDENTITE</b>					
NOM					
PRENOM					
SEXE					
NE(E) LE					
POIDS					
<b>ECOLE FREQUENTEE</b>					
<b>SANTE</b>					
DATE VACCIN DTP					
CERTIFICAT MEDICAL A JOUR DU VACCIN					
CERTIFICAT MEDICAL CONTRE-INDICATION					
AUTRES VACCINS OBLIGATOIRES					
<b>ALLERGIES</b>					
ASTHMES					
MEDICAMENTS					
ALIMENTAIRES					
AUTRES					
<b>ACCEPTEZ-VOUS QUE VOTRE ENFANT</b>					
PRENNE DU PARACETAMOL SI FIEVRE A 38°5					
CONSOMME DE LA VIANDE DE PORC					
SOIT PHOTOGRAPHIE OU FILME					
RENTRE SEUL A LA DESCENTE DU BUS					

**ATTENTION PARTICULIERE LIEE A LA SANTE DE L'UN DE VOS ENFANTS A COMMUNIQUER AU RESPONSABLE DU CENTRE DE LOISIRS :**

---



---



---



---

**LE DOSSIER FAMILLE EST VALABLE JUSQU'AU 14 ANS DU DERNIER ENFANT DE LA FAMILLE.  
IL EST POSSIBLE DE DEMANDER UNE REVISION DU TARIF EN CAS DE CHANGEMENT DE  
SITUATION (SUR JUSTIFICATIF).**

**TOUTE FRAUDE CONSTATEE SERA SANCTIONNEE PAR L'APPLICATION DU TARIF LE PLUS ELEVE.**

### **ATTESTATION SUR L'HONNEUR**

Je soussigné(e) \_\_\_\_\_

Responsable légal du ou des enfants portés sur ce dossier, certifie sur l'honneur l'exactitude de tous les renseignements portés sur ce document.

Je n'ignore pas que toute insuffisance ou inexactitude volontaire entraînera sans aucune formalité le rejet de la présente demande et j'ai connaissance des sanctions pénales encourues par l'auteur d'une fausse attestation.

J'autorise le responsable du séjour à prendre le cas échéant, toutes les mesures rendues nécessaires par l'état de mon ou de mes enfants.

Fait pour servir et valoir ce que de droit.

**DATE DE CREATION DU DOSSIER FAMILLE :**

\_\_\_\_\_

SIGNATURE :

**CADRE RESERVE A L'ADMINISTRATION**

**IL EST RECOMMANDE DE REMPLIR VOTRE DEMANDE AVEC LE PLUS GRAND SOIN.  
JOINDRE OBLIGATOIREMENT TOUTES LES PIECES DEMANDEES.**

*Le présent dossier fait l'objet d'un traitement informatisé, conformément aux dispositions de la loi 78.17 du 06/01/78 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés. Les personnes concernées par les informations nominatives portées sur le formulaire peuvent en demander la communication ainsi que la rectification le cas échéant.*

Date du dépôt : \_\_\_\_\_

<b>1 - ENFANT</b> <b>NOM</b> : _____ <b>PRENOM</b> : _____ <b>NE(E) LE</b> : _____  GARÇON <input type="checkbox"/> FILLE <input type="checkbox"/>	<b>IDENTIFIANT FAMILLE</b>
	<b>SIGNATURE DU RESPONSABLE :</b>

<b>2 - VACCINATION</b> (se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccinations de l'enfant) <table border="1"> <thead> <tr> <th>VACCINS OBLIGATOIRES</th> <th>OUI</th> <th>NON</th> <th>DATES DERNIERS RAPPELS</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>DT Polio</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table> OU <input type="checkbox"/> certificat médical de contre-indication délivré par le médecin	VACCINS OBLIGATOIRES	OUI	NON	DATES DERNIERS RAPPELS	DT Polio				<b>3 - SANTE</b> L'enfant suivra t-il un traitement médical ? <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON  L'enfant a t-il une notification de la MDPH ? <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
VACCINS OBLIGATOIRES	OUI	NON	DATES DERNIERS RAPPELS						
DT Polio									

ALLERGIES :  RESPIRATOIRE  MEDICAMENTEUSES  
 ALIMENTAIRE  AUTRES \_\_\_\_\_

Conduite à tenir : \_\_\_\_\_

Attention particulière liée à la santé à porter à la connaissance du responsable du centre de loisirs :  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

Nom et téléphone du médecin traitant : \_\_\_\_\_

**4 - DIVERS**

Poids de l'enfant : \_\_\_\_\_

Autorisation de donner du paracétamol si fièvre à 38°5  OUI  NON

L'enfant consomme de la viande de porc  OUI  NON

L'enfant pourra être photographié ou filmé  OUI  NON

L'enfant rentre seul à la descente du bus  OUI  NON

**5 - RESPONSABLE LEGAL**

NOM et PRENOM : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_

Tél domicile : \_\_\_\_\_ Tél portable : \_\_\_\_\_

**6 – PERSONNE AUTORISEE A RECUPERER MON ENFANT**

NOM et PRENOM : \_\_\_\_\_

Tél domicile : \_\_\_\_\_ Tél portable : \_\_\_\_\_

MUNIE D'UNE PIECE D'IDENTITE