



**ANNEE 2022**  
**FICHE DE RENSEIGNEMENTS**  
**SORTIE ADOS**

**Identité de l'enfant :**

NOM : \_\_\_\_\_ Prénoms : \_\_\_\_\_

Sexe : \_\_\_\_ Date et lieu de naissance : \_\_\_\_\_ Age : \_\_\_\_\_

☎ Portable : \_\_\_\_\_

Adresse Mail : \_\_\_\_\_ @ \_\_\_\_\_

**Identité des parents :**

<p>Père : NOM : _____ Prénom : _____ Adresse (préciser n°/nom du bâtiment en logement collectif) : _____ _____ _____ Code Postal : _____ Ville : _____ ☎ Domicile : _____ ☎ Portable : _____ Adresse mail : _____</p>	<p>Mère : NOM : _____ Prénom : _____ Adresse (préciser n°/nom du bâtiment en logement collectif) : _____ _____ _____ Code Postal _____ Ville : _____ ☎ Domicile : _____ ☎ Portable : _____ Adresse mail : _____</p>
---	---

**Responsable légal :** Père  Mère   Marié  Pacsé  Divorcé/Séparé\*  Célibataire  
\* Indiquer s'il y a un des parents qui n'a plus l'autorité parentale : Père  Mère

**Personnes à contacter en cas d'urgence si les responsables légaux restent injoignables**

Nom _____ ☎ _____	Lien avec l'enfant : _____
Adresse _____	
Nom _____ ☎ _____	Lien avec l'enfant : _____
Adresse _____	

**DIVERS**

➤ Régime alimentaire : normal  sans viande  sans porc

➤ Pendant les activités, j'autorise le personnel de la mairie à photographier et/ou à filmer mon enfant pour la création de souvenirs ou d'archives : Oui  Non

➤ J'autorise la Mairie à utiliser ces supports pour sa promotion et son information (presse, journaux locaux, nouveau média, affiches, Trait d'Union...) : Oui  Non

➤ Veuillez signaler les observations particulières que vous jugerez utiles (allergies, traitement en cours, précautions particulières...) :

---

---

---

*En cas d'urgence, un enfant accidenté ou malade est orienté et transporté par les services de secours d'urgence vers l'hôpital le mieux adapté. La famille est immédiatement avertie par nos soins. Un mineur ne peut sortir de l'hôpital qu'accompagné de sa famille.*

En cas d'accident ou incident, les responsables de la structure sont autorisés à prendre toutes les mesures nécessaires pour la sécurité, la santé et la moralité de mon enfant.

MACHEREN, le \_\_\_\_\_  
(signature)

\* Protection des données : les informations recueillies sur ce questionnaire seront conservées par les services de la mairie pendant la durée de l'année scolaire. Le droit d'accès et de rectification prévu à l'article 27 de la loi du 6 janvier 1978 modifié relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés, s'exerce auprès du secrétariat de la mairie de MACHEREN qui est seul destinataire de ces informations.

**PIECES OBLIGATOIRES A JOINDRE AU MOMENT DE L'INSCRIPTION**

- Fiche sanitaire de liaison
- Attestation d'assurance responsabilité civile
- Acceptation des conditions



## FICHE SANITAIRE DE LIAISON

DOCUMENT CONFIDENTIEL

Joindre obligatoirement la copie du carnet de vaccination

NOM DU MINEUR : .....

PRENOM : .....

DATE DE NAISSANCE : ...../...../.....

SEXE : M  F

Cette fiche permet de recueillir des informations utiles concernant votre enfant (l'arrêté du 20 février 2003 relatif au suivi sanitaire des mineurs en séjour de vacances ou en accueil de loisirs).

1-VACCINATION (se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccinations)

VACCINATIONS OBLIGATOIRES	Oui	Non	DATES DES DERNIERS RAPPELS	VACCINS RECOMMANDÉS	DATES

## Joindre les copies du carnet de vaccination

SI LE MINEUR N'A PAS LES VACCINS OBLIGATOIRES JOINDRE UN CERTIFICAT MÉDICAL DE CONTRÉ-INDICATION.

2-RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LE MINEUR

Poids : .....kg ; Taille : .....cm (informations nécessaires en cas d'urgence)

Suit-il un traitement médical pendant le séjour ?  Oui  Non

Si oui, joindre une ordonnance récente et 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 administré sans ordonnance.

ALLERGIES : ALIMENTAIRES  oui  non  
 MÉDICAMENTEUSES  oui  non  
 AUTRES (animaux, plantes, pollen) :  oui  non  
 Précisez .....

Si oui, joindre un certificat médical précisant la cause de l'allergie, les signes évocateurs et la conduite à tenir.

Le mineur présente-t-il un problème de santé, si oui préciser  oui  non

3-RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS

Port des lunettes, de lentilles, d'appareil dentaire ou auditif, comportement de l'enfant, difficultés de sommeil, énurésie nocturne, etc...

4-RESPONSABLES DU MINEUR

Responsable N°1 : NOM : ..... PRÉNOM : .....  
 ADRESSE : .....

TEL DOMICILE ..... TEL TRAVAIL.....  
 TEL PORTABLE : .....

Responsable N°2 : NOM : ..... PRÉNOM : .....  
 ADRESSE : .....

TEL DOMICILE ..... TEL TRAVAIL.....  
 TEL PORTABLE : .....

NOM ET TEL MEDECIN TRAITANT : .....

NUMERO SECURITE SOCIALE .....

Je soussigné(e)....., responsable légal du mineur, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et m'engage à les réactualiser si nécessaire. J'autorise le responsable de l'accueil de loisirs à prendre, le cas échéant, toutes mesures rendues nécessaires selon l'état de santé de ce mineur.

Date : ..... Signature : .....

# A signer et retourner à la mairie

---

1/ Conditions de remboursement pour le parc Astérix uniquement (parc, hôtel, repas)

\*Sur présentation d'un justificatif médical

\*Sur présentation d'un test positif au Covid

2/ Conditions fixées par le législateur (hors remboursement)

Sous réserve de présentation de justificatif sanitaire (exemple : vaccin ou Test PCR) en vigueur au moment de la sortie.

**Date et signature**