



ACM LEO LAGRANGE MEDITERRANEE  
Ecole Élémentaire et Maternelle  
Le Corps de Ville  
83640 PLAN D'AUPS LA STE BAUME  
0628661947



## FICHE DE RENSEIGNEMENTS 2018

### L'ENFANT

Photo

NOM : .....

Prénom : .....

Date de naissance : .....

Lieu de naissance : .....

Etablissement scolaire fréquenté : ..... Classe : .....

Activités préférées ou pratiquées : .....

### PARENT 1 - responsable légal de l'enfant :

NOM : ..... Prénom : .....

Adresse : .....

Coordonnées :     Fixe.....

                          Bureau.....

                          Portable.....

                          Mail.....

### PARENT 2 - responsable légal de l'enfant :

NOM ..... Prénom : .....

Adresse : .....

Coordonnées :     Fixe.....

                          Bureau.....

                          Portable.....

                          Mail.....

**Rappel :** tout changement de numéro de téléphone des responsables légaux doit impérativement être transmis au Directeur de l'accueil Collectif de Mineurs.

## RENSEIGNEMENTS ADMINISTRATIFS :

Numéro de Sécurité Sociale : .....

Régime général  Régime maritime  MSA/EDF/GDF/SNCF/RATP

Adresse du centre payeur : .....

N° de CAF : .....

Assurance responsabilité civile : .....

Profession de la mère : ..... Employeur : .....

Profession du père : ..... Employeur : .....

Nombre d'enfants dans la famille : .....

## AUTORISATIONS PARENTALES :

L'enfant est autorisé à :

Je soussigné(e) Madame et/ou Monsieur ....., parent(s) de l'enfant..... autorise mon enfant à partir seul le soir : Oui Non

(Pour les élèves d'école élémentaire uniquement)

Personnes habilitées à venir chercher votre enfant en votre absence en présentant une pièce d'identité :

Nom : ..... ☎ : ...../...../...../...../.....

Nom : ..... ☎ : ...../...../...../...../.....

Nom : ..... ☎ : ...../...../...../...../.....

Nom : ..... ☎ : ...../...../...../...../.....

Si interdiction de récupération de l'enfant :

Nom et prénom de la personne interdite de récupérer l'enfant .....

**Il faut impérativement fournir un justificatif en cas d'interdiction de récupération.**

Je soussigné(e).....responsable légal de l'enfant : .....

Déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche.

J'autorise mon enfant à prendre part à toutes les activités et sorties organisées par le centre de loisirs.

Fait à..... Le..... Signature

Je soussigné(e).....

Déclare avoir pris connaissance du règlement intérieur

Fait à..... Le..... Signature



Liberté • Égalité • Fraternité  
RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

PREFECTURE des BOUCHES du RHÔNE  
Direction Départementale Déléguée de la Jeunesse, des Sports et  
de la Cohésion Sociale - Bouches du Rhône  
Accueils Collectifs de Mineurs à Caractère Éducatif

## FICHE SANITAIRE DE LIAISON

### 1) MINEUR ACCUEILLI

NOM: .....

PRENOM: .....

DATE DE NAISSANCE: .....

GARÇON                       FILLE

POIDS DU MINEUR : .....

**2) VACCINATIONS** (le tableau ci-dessous doit être accompagné des copies des pages de vaccinations du carnet de santé sans omettre de mentionner le nom et prénom du mineur concerné)

VACCINS* OBLIGATOIRES	Date du dernier rappel	VACCINS RECOMMANDES	Dates
Diphtérie		BCG	
Tétanos		Coqueluche	
Poliomyélite		Rubéole-Oreillons-Rougeole	
		Hépatite B	
		Autres	

\* rappel tous les 5 ans pour les vaccins obligatoires pour les mineurs jusqu'à 13 ans

### 3) RENSEIGNEMENTS MEDICAUX CONCERNANT LE MINEUR ACCUEILLI

#### a) Le mineur présente-t-il des troubles de santé?

Allergies alimentaires :      NON       OUI       Préciser à quoi : .....

Allergies médicamenteuses :      NON       OUI       Préciser à quoi : .....

Autres allergies :      NON       OUI       Préciser à quoi : .....

Asthme :      NON       OUI

Diabète :      NON       OUI

Epilepsie :      NON       OUI

Autres :      NON       OUI       Préciser : .....

#### b) Le mineur suit-il un traitement médical régulier?      NON      OUI

Si oui, prendre le contact avec le directeur pour la mise en place d'un éventuel PAI (projet d'accueil individualisé). Les modalités de mise en place de ce protocole seront à discuter avec la direction.

c) Le trouble de la santé implique -t-il une conduite particulière à suivre **en cas d'urgence** pendant le déroulement de l'accueil de loisirs ou le séjour avec hébergement ?

NON                       OUI

Si oui, prendre contact avec le Directeur pour la mise en place d'un éventuel PAI

d) **Autres difficultés de santé et précautions à prendre** (suivi spécialisé, handicap moteur, troubles du comportement, antécédents d'accidents, d'opération ...):  
Si oui, prendre contact avec le Directeur pour la mise en place d'un éventuel PAI

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

**4) RECOMMANDATIONS UTILES SIGNALEES PAR LES PARENTS** (l'enfant ou le jeune porte-t-il des lunettes, des lentilles, des prothèses auditives, des prothèses dentaires, problème d'énurésie ...):

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

**5) RESPONSABLE(S) DU MINEUR**

NOM : ..... PRENOM : .....

Adresse : .....

Tel fixe et/ou portable Domicile : .....

Tel fixe et/ou portable travail : .....

NOM : ..... PRENOM : .....

Adresse : .....

Tel fixe et/ou portable Domicile : .....

Tel fixe et/ou portable travail : .....

NOM et Téléphone du médecin traitant : .....

Je soussigné, ....., responsable légal du mineur, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise le responsable de l'accueil collectif de mineurs à prendre, le cas échéant, toutes les mesures (traitement médical après consultation d'un médecin, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état du mineur.

Date :

Signature(s) :

Il est rappelé que cette fiche sanitaire de liaison peut être remise sous enveloppe cachetée par les familles au Directeur de l'accueil de mineurs. Les informations communiquées restent confidentielles et seront restituées aux familles. Les fiches sanitaires de liaison doivent être renouvelées tous les ans. Toute modification en cours d'année concernant les renseignements ci-dessus devra être signalée au Directeur

COORDONNEES DE L'ORGANISATEUR : .....

COORDONNEES DE L'ACCUEIL DE MINEURS : .....



leo lagrange  
FEDERATION

## AUTORISATION DE PHOTOGRAPHER, FILMER ET DE PUBLIER

### Nous soussignés :

Nom et Prénom Parent responsable légal de l'enfant : .....

Domicilié à : .....

Nom et Prénom Parent responsable légal de l'enfant : .....

Domiciliée à : .....

Si les parents n'exercent pas l'autorité parentale, Nom et prénom du tuteur ou représentant  
légal : .....

Domicilié(e) à : .....

Agissant en qualité de représentant(e) légal(e) (ou de représentants légaux, si les deux  
parents exercent ensemble l'autorité parentale) de :

- Nom et prénom de l'enfant : .....

### Autorisons :

1. **Léo Lagrange Méditerranée** dont le siège est sis à **67 la Canebière 13001 Marseille**, et toute  
personne physique ou morale qu'elle mandaterait, à :

1.1. **Photographier et filmer** mon(es) enfant(s) :

Nom et prénom de l'enfant : .....

Nom et prénom de l'enfant : .....

1.2. **Reproduire** son/leur image,

1.3. **Diffuser et publier** cette image afin d'illustrer toutes les publications de la Fédération Léo  
Lagrange destinées à un public interne ou externe et que celles-ci soient faites à titre gratuit  
ou onéreux, mais également pour illustrer le site Internet de **Léo Lagrange Méditerranée**;

Cette autorisation est consentie à titre gracieux pour trois années à compter de la signature  
des présentes.

2. **Renonçons à tout recours** contre **Léo Lagrange Méditerranée** ou toute personne physique ou  
morale qu'elle se serait substituée au titre de la prise d'image de mon(es) enfant(s), de sa  
diffusion et publication.

*Fait en double exemplaire*

A ....., le .....

Signature des parents ou  
du représentant légal

(précédée de la mention « Lu & approuvé »)

Signature de l'enfant s'il a + de 13 ans