



## DOSSIER DE RENSEIGNEMENTS

**FICHE D'IDENTITE DE L'ENFANT (à compléter en majuscule)**

Nom : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_

Date et lieu de naissance : \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ à \_\_\_\_\_

 Sexe : masculin  féminin  Filière bilingue basque : OUI  NON   
 Classe : PS  MS  GS  CP  CE1  CE2  CM1  CM2 
**Parents**

N° allocataire CAF : \_\_\_\_\_

Représentant 1 = <input type="checkbox"/> Mère <input type="checkbox"/> Père <input type="checkbox"/> Autres : .....	Représentant 2 = <input type="checkbox"/> Mère <input type="checkbox"/> Père <input type="checkbox"/> Autres : .....
Nom : _____	Nom : _____
Prénom : _____	Prénom : _____
Adresse : _____	Adresse : _____
Code postal : _____	Code postal : _____
Ville : _____	Ville : _____
E.mail : _____	E.mail : _____
Téléphone : _____	Téléphone : _____

*Les coordonnées de chacun des parents sont obligatoires sauf s'il est déchu de l'autorité parentale.  
 Dans ce cas, merci de nous fournir le jugement du tribunal.*

**Renseignements sur la situation familiale**Parents séparés ou divorcés OUI  NON 

Si OUI		
<b>1) Résidence principale de l'enfant :</b>		
Représentant 1 <input type="checkbox"/>	Représentant 2 <input type="checkbox"/>	Garde alterné * <input type="checkbox"/>
<b>2) Autorité parentale :</b>		
Représentant 1 <input type="checkbox"/>	Représentant 2 <input type="checkbox"/>	Conjointe <input type="checkbox"/>
<b>3) Enfant placé à la suite d'une décision du juge :</b>		
Oui	Nom de la famille d'accueil : .....	

Garde alterné \*  
Fournir un planning annuel

**Frère(s) ou Sœur(s) :**

Nom	Prénom	Date de Naissance	Scolarisé(es)	Lieu de scolarisation
			OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	
			OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	
			OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	

**DROIT A L'IMAGE**

Dans le cadre des reportages prévus lors des manifestations organisées pendant le temps scolaire, périscolaire et extrascolaire, j'autorise mon enfant à être photographié et/ou filmé

OUI   
NON

**Inscriptions aux services se font sur le portail famille :**

<https://www.mon-portail-famille.fr/acces/mairie-guethary>

- Restauration scolaire
- Garderie scolaire (*matin / soir*)
- Etude surveillée (*à partir du CE1*)
- Accueil de loisirs sans hébergement (*Mercredi et vacances scolaires*)

**MODE DE REGLEMENT :**

- Par chèque bancaire ou paiement en ligne (payfip.gouv.fr)
- Par prélèvement automatique – **Fournir un RIB, un formulaire de prélèvement automatique vous sera adressé remis lors du dépôt de dossier (Prélèvement reconduit automatiquement l'année suivante pour ce qui sont déjà au prélèvement)**

Je soussigné(e) .....  père  mère  tuteur légal déclare sur l'honneur l'exactitude des renseignements donnés ci-dessus et avoir pris connaissance du règlement intérieur.

J'atteste avoir été informé que toute fausse déclaration entrainerait d'éventuelles poursuites, conformément à l'article 441-7 du Code Pénal.

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

(Précédée de la mention « lu et approuvé »)  
ou Tuteur légal

Père

Mère

**RAPPEL DES PIECES A JOINDRE AU MOMENT DU DEPOT DU DOSSIER****Tout dossier incomplet sera refusé**

- Attestation d'assurance péri et extrascolaire
- Le carnet de santé de l'enfant (vaccination à jour) ou attestation du médecin



MINISTÈRE DE LA JEUNESSE ET DES SPORTS

cerfa

Code de l'Action Sociale et des Familles

N° 10008\*02

## FICHE SANITAIRE DE LIAISON

1 – ENFANT

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

PRÉNOM : \_\_\_\_\_

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

GARÇON  FILLE 

CETTE FICHE PERMET DE RECUEILLIR DES INFORMATIONS UTILES PENDANT LE SÉJOUR DE L'ENFANT ;  
ELLE ÉVITE DE VOUS DÉMUNIR DE SON CARNET DE SANTÉ ET VOUS SERA RENDUE À LA FIN DU SÉJOUR.

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

VACCINS OBLIGATOIRES			DATES DES DERNIERS RAPPELS	VACCINS RECOMMANDÉS	DATES
	oui	non			
Diphtérie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Hépatite B	
Tétanos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Rubéole Oreillons Rougeole	
Poliomyélite	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Coqueluche	
<b>Ou</b> DT polio	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		BCG	
<b>Ou</b> Tétracoq	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Autres (préciser)	

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

### 3 - RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX CONCERNANT L'ENFANT

L'enfant 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 pris sans ordonnance.

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

RUBÉOLE	VARICELLE	ANGINE	RHUMATISME ARTICULAIRE AIGÛ	SCARLATINE
<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non				
COQUELUCHE	OTITE	ROUGEOLE	OREILLONS	
<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non				

**ALLERGIES** : ASTHME oui  non  MÉDICAMENTEUSES oui  non   
ALIMENTAIRES oui  non  AUTRES \_\_\_\_\_

**PRÉCISEZ LA CAUSE DE L'ALLERGIE ET LA CONDUITE À TENIR (si automédication le signaler)**

---



---

**INDIQUEZ CI-APRÈS :**

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

---



---



---

**4 - RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS**

VOTRE ENFANT PORTE-T-IL DES LENTILLES, DES LUNETTES, DES PROTHÈSES AUDITIVES, DES PROTHÈSES DENTAIRES, ETC...PRÉCISEZ.

---



---



---



---



---



---

L'ENFANT MOUILLE-T-IL SON LIT ?

NON

OCCASIONNELLEMENT

OUI

S'IL S'AGIT DUNE FILLE EST-ELLE RÉGLÉE ?

NON

OUI

**5 - RESPONSABLE DE L'ENFANT**

NOM \_\_\_\_\_ PRÉNOM \_\_\_\_\_

ADRESSE (PENDANT LE SÉJOUR) \_\_\_\_\_

---



---

Numéros de téléphone :

Mère : domicile : \_\_\_\_\_ portable : \_\_\_\_\_ travail : \_\_\_\_\_

Père : domicile : \_\_\_\_\_ portable : \_\_\_\_\_ travail : \_\_\_\_\_

NOM ET TÉL. DU MÉDECIN TRAITANT (FACULTATIF) \_\_\_\_\_

*Je soussigné(e), \_\_\_\_\_ responsable légal de l'enfant, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise le responsable du séjour à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de l'enfant. J'autorise également, si nécessaire, le directeur du séjour à faire sortir mon enfant de l'hôpital après une hospitalisation.*

N° de sécurité sociale : \_\_\_\_\_

Date :

Signature :

---

**A REMPLIR PAR LE DIRECTEUR A L'ATTENTION DES FAMILLES  
COORDONNÉES DE L'ORGANISATEUR DU SÉJOUR OU DU CENTRE DE VACANCES**

---



---

**OBSERVATIONS**


---



---



---



---



---



---