



# FICHE SANITAIRE

PHOTO  
de l'année et  
de bonne  
qualité

VALABLE DU 1er SEPTEMBRE 2026 AU 31 AOÛT 2027

## ENFANT

Nom : Prénom :  Fille  Garçon  
Date de naissance : / / Lieu de naissance : Taille : Pointure :  
N° Sécurité Sociale (auquel l'enfant est affilié) : N° CAF :  
Assurance extra – scolaire n° Compagnie d'assurance :

### RESPONSABLE LEGAL 1

Nom :  
Prénom :  
Adresse :  
CP : Ville :  
☎ domicile : / / / /  
☎ prof. : / / / /  
☎ portable : / / / /  
@ :  
Profession :  
Employeur :

### RESPONSABLE LEGAL 2

Nom :  
Prénom :  
Adresse :  
CP : Ville :  
☎ domicile : / / / /  
☎ prof. : / / / /  
☎ portable : / / / /  
@ :  
Profession :  
Employeur :

Personne à prévenir en cas d'urgence : ☎ / / / /

Situation familiale :  Marié(e)  Célibataire  Divorcé(e)/ Séparé(e)  Concubinage  Pacsé(e)  Veuf(ve)

## AUTRES RENSEIGNEMENTS INDISPENSABLES

### ALLERGIE / MALADIE

L'enfant souffre-t-il d'une allergie ou autre pathologie ?

oui  non

Précisez :

**Veillez retirer à l'accueil un protocole à compléter à défaut,  
merci de cocher « sans protocole »**

**SANS PROTOCOLE**

### TRAITEMENT

Si l'enfant a un traitement en cours, remettez les médicaments au directeur du centre en joignant :

- Copie de l'ordonnance,
- Médicaments dans leur emballage sur lequel figure la posologie et le nom de l'enfant
- Autorisation écrite par le responsable de l'enfant.

### RÉGIME ALIMENTAIRE

- Repas du jour  
 Repas sans viande  
 Sans repas

### AUTRES INFORMATIONS

**\*\*N'hésitez pas à prendre rendez-vous avec le directeur pour toute pathologie physique ou psychologique.**

**Attention : encore trop de parents ne nous signalent pas diverses pathologies dont peuvent souffrir leurs enfants, liées à un traumatisme physique, psychique ou moral, nécessitant ou non d'un traitement, mais qui peuvent avoir des conséquences sur la sécurité des enfants.**

Médecin Traitant :

Adresse :

Code Postal :

Commune :

fixe : / / / / portable : / / / /

## AUTORISATIONS

- Autorise mon enfant (uniquement les collégiens) à rentrer seul à son domicile aux horaires définis lors de l'inscription en cours  oui  non
- Autorise l'encadrement à faire soigner mon enfant, à administrer les médicaments lors d'un traitement médicamenteux et à faire pratiquer les interventions d'urgence, éventuellement sous anesthésie générale, suivant les prescriptions des médecins  oui  non
- Autorise la prise de photos et vidéos ainsi que leurs publications dans un cadre de la promotion de l'association  oui  non
- Autorise la pratique d'activités sportives  oui  non

## PERSONNES AUTORISEES A VENIR CHERCHER L'ENFANT (EN DEHORS DES RESPONSABLES LEGAUX)

M – Mme	☎	/ / / /	Lien de parenté :
M – Mme	☎	/ / / /	Lien de parenté :
M – Mme	☎	/ / / /	Lien de parenté :
M – Mme	☎	/ / / /	Lien de parenté :

### Assurance

Votre enfant est couvert par votre assurance extra-scolaire. L'association est couverte par la MAIF de Mulhouse sous le n°2634198A. Par application de la loi du 06/07/2000 (article 37 et 38) il vous est possible de souscrire une assurance corporelle renforcée en complément de votre assurance. La MAIF vous propose un contrat I.A SPORT. Site [www.maif.fr](http://www.maif.fr)

**Je reconnais avoir pris connaissance de la proposition d'assurance de personne.**

**NOTA : lors de chaque inscription, veuillez vous munir des documents suivants :**

- Une photo **d'identité** de l'enfant **récente et de bonne qualité**,
- Une attestation d'assurance extra-scolaire de l'année en cours,
- Une photocopie des certificats de vaccination à jour,
- L'original du dernier avis d'imposition.
- Une copie de facture de moins de trois mois d'EDF, téléphone fixe, eau ou un certificat de domicile.
- L'autorisation de sortie du territoire avec copie recto-verso de la pièce d'identité du signataire.

#### Uniquement pour le périscolaire :

- La dernière fiche de paie de chaque parent, ou une attestation de l'employeur ou de pôle emploi.
- Pour les familles ayant obtenu une dérogation, le courrier d'acceptation de la dérogation, signé par le maire.
- Pour les nouveaux inscrits : le certificat de scolarisation

### Prise en charge

L'obligation de surveillance débute dès l'instant où l'enfant est remis à l'animateur ; elle cesse lorsque l'enfant quitte nos activités avec un parent, une personne autorisée et mentionnée sur le présent document, ou seul après l'horaire prévu à l'inscription journalière pour les enfants de plus de 12 ans uniquement.

**Je déclare exacts les renseignements portés sur ce document et certifie prendre connaissance du règlement intérieur modifié régulièrement et affiché dans l'entrée des structures ou sur le site internet. Je prends également connaissance du projet éducatif de l'association et des projets pédagogiques des accueils, tous disponibles au secrétariat. Je m'engage à signaler très rapidement et par écrit tout changement physique ou psychologique concernant l'enfant ou son entourage, susceptible d'engendrer un suivi particulièrement attentif en cours d'année.**

Fait à \_\_\_\_\_, le / / 202

Signature