

# FICHE DE RENSEIGNEMENTS 2026-2027

Valable du 07/07/2026 au 31/08/2027

## 1 – ENFANT

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

PRÉNOM: \_\_\_\_\_

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

Ecole et Classe : \_\_\_\_\_

GARÇON       FILLE

**Cette fiche permet de recueillir des informations utiles pendant le séjour de l'enfant. Elle sera détruite en fin d'année 2027. Merci de nous indiquer tout changement en cours de période de fréquentation du centre.**

## 2 - VACCINATIONS (joindre la copie des pages du carnet de santé relatives à la vaccination)

Vaccins à jour : oui  non

Rappels :

<b>VACCINS OBLIGATOIRES</b>	Diphtérie	<b>VACCINS obligatoires pour les enfants nés après le 1er janvier 2018</b>	Hépatite B
	Tétanos		Rubéole Oreillons Rougeole
	Poliomyélite		Coqueluche
	Ou DT polio		Bactérie Haemophilus influenza
	Ou Tétracoque		Méningocoque C
			Pneumocoque

Si l'enfant n'a pas les vaccins obligatoires, joindre un certificat médical de contre-indication.

**Attention :** le vaccin antitétanique ne présente aucune contre-indication.

## 3 - RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX CONCERNANT L'ENFANT

L'enfant bénéficie-t-il d'un protocole d'accueil individualisé (P.A.I.) ? OUI  NON  (si OUI, fournir le P.A.I.)

**Allergies :**      **ASTHME** oui  non       **ALIMENTAIRES** oui  non       **MEDICAMENTEUSES** oui  non

**AUTRES** \_\_\_\_\_

Précisez la cause de l'allergie et la conduite à tenir.

L'enfant bénéficie-t-il de l'AEH : OUI  NON  (si oui, joindre un justificatif)

### Indiquez ci-après :

Les **difficultés de santé** (maladie, accident, crises convulsives, hospitalisation et/ou opération récente, rééducation) en précisant les dates et les **précautions à prendre**.

### Recommandations utiles des parents :

Votre enfant porte-t-il des lunettes, des lentilles, des prothèses auditives, des prothèses dentaires, etc. Précisez.

Votre enfant a-t-il, dans la vie quotidienne des habitudes, rituels, activités qu'il affectionne et/ou qui le rassure ? Précisez.

---

---

Est-ce qu'il arrive à votre enfant d'être en difficulté ? Peut-il avoir des inquiétudes récurrentes, des angoisses ? Lui arrive-t-il de faire des crises ?

Eléments déclencheurs (sensoriels, environnement, liens aux autres...) :

Signe(s) de repérage, manifestation :

Comment y répondre dans ces moments-là

Votre enfant a-t-il des particularités alimentaires : problèmes avec certains aliments, la texture des aliments, la couleur, température... ?

En cas de régime alimentaire, précisez :

SANS VIANDE     SANS PORC

Autres recommandations utiles :

---

#### 4 - RESPONSABLE DE L'ENFANT

Je soussigné(e), \_\_\_\_\_ (téléphone: \_\_\_\_\_) responsable légal de l'enfant, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche.

N° Assurance responsabilité civile : \_\_\_\_\_

##### Médecin traitant :

Nom: \_\_\_\_\_ Tél: \_\_\_\_\_

En tant que responsable(s) de l'enfant, autorisez-vous l'équipe à se mettre en lien avec d'autres personnes et professionnel.le(s) connaissant l'enfant pour échanger sur les meilleurs aménagements possibles pour lui :

- L'école : oui non Contact :

- Structure médico-sociale : oui non Contact :

- Professionnel.le (s) du soin (orthophoniste, psychologue...) : oui non Contact(s) :

- Autre : oui non Contact :

##### Règlement intérieur actuel de l'Accueil de Loisirs Visiomômes, susceptible d'être modifié, lu et approuvé

Données traitées conformément à l'autorisation données sur la fiche administrative remplie lors de la première inscription de votre enfant.

Date :

Signature :