

FICHE DE RENSEIGNEMENTS 2025/2026



JEUNE : (à partir de 10 ans pour l'espace jeunes)

Nom : Prénom :

Né(e) le : __/__/____ Sexe : M / F

Tel portable du jeune : __/__/__/__/__

Adresse de l'enfant :

Code postal : ____ Ville : Si Rennes, précisez le quartier :

N° de Sécurité Sociale :

RESPONSABLE LÉGAL (Mère, tutrice, etc)	RESPONSABLE LÉGAL (Père, tuteur, etc)
Nom :	Nom :
Prénom :	Prénom :
Tel portable : __/__/__/__/__	Tel portable : __/__/__/__/__
Tel domicile : __/__/__/__/__	Tel domicile : __/__/__/__/__
Tel travail : __/__/__/__/__	Tel travail : __/__/__/__/__
Adresse mail :	Adresse mail :
Adresse postale :	Adresse postale :
.....	
Code postal : Ville :	Code postal : Ville :
Situation familiale :	Situation familiale :
Autorité parentale : Oui / Non	Autorité parentale : Oui / Non

Autorisations Parentales

Autorise l'enfant à quitter la structure seul	Oui	Non
Prise d'images	Oui	Non
Diffusion d'images	Oui	Non

Personnes autorisées à venir chercher l'enfant (autres que parents) :

Nom	Prénom	Tel	Adresse	Lien de famille

Personnes à contacter en cas d'urgence :

Nom	Prénom	Tel	Adresse	Lien de famille

NUMERO ALLOCATAIRE CAF :

Quotient familial :

Afin de calculer le montant de certaines activités/sorties/mini camps en fonctions de votre quotient familial, nous avons besoin de votre autorisation pour consulter votre dossier CAF.

- ☐ J'autorise l'accès sécurisé et restreint de mon dossier CAF
☐ Je n'autorise pas l'accès sécurisé et restreint de mon dossier CAF

Je me dois d'informer et de signaler tout changement auprès de l'animateur et je confirme avoir vérifié que mon assurance en **Responsabilité Civile** couvre bien les activités extrascolaires de mon enfant

Date :

Signature, précédé de la mention « lu et approuvé »





POLE ÉGALITÉ DES CHANCES
DIRECTION ENFANCE JEUNESSE SPORTS



NOM DU MINEUR : / / / / / / / / / / / / / /

PRENOM : / / / / / / / / / / / / / /

DATE DE NAISSANCE : / / / / / / / / **SEXE :** ☐ M ☐ F

DATES ET LIEU DU SEJOUR

1. VACCINATIONS (se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccinations)

VACCINS OBLIGATOIRES	Oui	Non	DATES DES DERNIERS RAPPELS	VACCINS RECOMMANDÉS	DATES
Diphtérie				Coqueluche	
Tétanos				Haemophilus	
Polio myélite				Rubéole-Oreillons- Rougeole	
				Hépatite B	
				Pneumocoque	
				BCG	
				Autres (préciser)	

2. RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LE MINEUR

Suit-il un **traitement médical** pendant le séjour ? oui ☐ non ☐

Aucun médicament ne pourra être administré sans ordonnance

☐ non ☐ oui

☐ non ☐ oui

Le mineur présente-t-il un **problème de santé particulier** qui nécessite la transmission d'informations médicales (informations sous pli cacheté), des **précautions à prendre** et des **éventuels soins à apporter** ?
oui ☐ non ☐

Port de lunettes, de lentilles, d'appareils dentaires ou auditifs, comportement de l'enfant, difficultés de sommeil, énurésie nocturne,...

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

OBSERVATIONS