

INFORMATIONS FAMILLE

PARENT 1

NOM :
 Prénom :
 Qualité : père/mère/beau-père/belle-mère
(rayer les mentions inutiles)
 Adresse :
 Code postal : Ville :
 Téléphone perso :
 Téléphone pro :
 Mail :

PARENT 2

NOM :
 Prénom :
 Qualité : père/mère/beau-père/belle-mère
(rayer les mentions inutiles)
 Adresse :
 Code postal : Ville :
 Téléphone perso :
 Téléphone pro :
 Mail :

RESPONSABLE LÉGAL

(si différent des parents)

NOM :
 Prénom :
 Adresse :
 Code postal : Ville :
 Téléphone perso :
 Téléphone pro :
 Mail :

PERSONNES AUTORISÉES À VENIR RÉCUPÉRER L'ENFANT

Nom	Prénom	n° téléphone

allocataire CAF - n° allocataire :

ou

allocataire MSA : n°allocataire :

INFORMATIONS COMPLÉMENTAIRES

Autorisé.e à partir seul.e : ☐ OUI ☐ NON
 Hospitalisation en cas d'urgence : ☐ OUI ☐ NON
 Prise de photo : ☐ OUI ☐ NON
 Port de lunettes : ☐ OUI ☐ NON
 Port d'un appareil dentaire : ☐ OUI ☐ NON
 Port d'un appareil auditif : ☐ OUI ☐ NON
 Régime particulier : ☐ OUI ☐ NON
 Si oui, merci de préciser lequel :

DATE ET SIGNATURE :



RÉSERVÉ À LA STRUCTURE

INFORMATIONS ENFANT

NOM :
 Prénom :
 Sexe : Féminin ☐ Masculin ☐
 Date de naissance :
 École fréquentée :
 Classe :

DOSSIER D'ACCUEIL

année 2026-2027

Pièces et éléments à joindre IMPÉRATIVEMENT au dossier :

- ☐ une attestation de quotient familial
- ☐ la photocopie du carnet de santé de votre enfant (vaccins uniquement)
- ☐ le bulletin d'adhésion familiale pour l'année 2026-2027
- ☐ J'ai lu et j'accepte le règlement intérieur et je m'engage à le respecter.



FICHE SANITAIRE DE LIAISON

DOCUMENT CONFIDENTIEL

Joindre obligatoirement la copie du carnet de vaccination

NOM DU MINEUR :

PRENOM :

DATE DE NAISSANCE :/...../.....

SEXE : M ☐ F ☐

Cette fiche permet de recueillir des informations utiles concernant votre enfant (l'arrêté du 20 février 2003 relatif au suivi sanitaire des mineurs en séjour de vacances ou en accueil de loisirs).

1-VACCINATION (se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccinations)

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

SI LE MINEUR N'A PAS LES VACCINS OBLIGATOIRES JOINDRE UN CERTIFICAT MÉDICAL DE CONTRE-INDICATION.

2-RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LE MINEUR

Poids :kg ; Taille :cm (informations nécessaires en cas d'urgence)

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 administré sans ordonnance.

ALLERGIES : ALIMENTAIRES

☐ oui ☐ non

MEDICAMENTEUSES

☐ oui ☐ non

AUTRES (animaux, plantes, pollen) :

☐ oui ☐ non

Précisez

Si oui, joindre un **certificat médical** précisant la cause de l'allergie, les signes évocateurs et la conduite à tenir.

Le mineur présente-t-il un problème de santé, si oui préciser ☐ oui ☐ non

3-RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS

Port des lunettes, de lentilles, d'appareil dentaire ou auditif, comportement de l'enfant, difficultés de sommeil, énurésie nocturne, etc...

4-RESPONSABLES DU MINEUR

Responsable N°1 : NOM : PRÉNOM :

ADRESSE :

TEL DOMICILE TEL TRAVAIL

TEL PORTABLE :

Responsable N°2 : NOM : PRÉNOM :

ADRESSE :

TEL DOMICILE TEL TRAVAIL

TEL PORTABLE :

NOM ET TEL MEDECIN TRAITANT :

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

Date :

Signature :

La Tribu est une association à but non lucratif (loi 1901), créée en 2000 pour favoriser l'accès aux loisirs de la population du territoire.

Nos valeurs :

La Tribu se définit comme : - un espace **d'accueil**
- un espace **de lien social**
- un espace **de découverte**
- un espace **d'éducation populaire**

La Tribu est un Espace de Vie Sociale (EVS)

Nos actions :

Accueil des
habitants

Animation
du
territoire

Relais et
ressources

Je partage les valeurs et j'adhère à
l'association :

Nom :

Prénom :

Adresse:

Code Postal:

Ville :

Téléphone :

e-mail :

J'adhère à l'association "La Tribu" et j'accepte de
recevoir par mail les informations de l'EVS.

☐ 10 euros : adhésion familiale

☐ 5 euros : adhésion individuelle adulte

☐ Je soutiens La Tribu, je fais un don : de €

Date et signature :