



Renseignements concernant l'enfant

NOM : _____ **Sexe** ☐ M ☐ F

PRENOM : _____

Date de naissance : ____ / ____ / 20____ **Age :** _____

Lieu de naissance : _____

N° de téléphone de l'enfant : _____

Etablissement scolaire en 2025 – 2026 : _____

Classe : _____

Adresse : _____

Photo

N° de sécurité sociale d'affiliation de l'enfant : _____

Régime : ☐ Général ☐ MSA ☐ Autre (à préciser) : _____

Pratiques alimentaires : ☐ Repas classique ☐ Repas sans porc ☐ Repas sans viande

Votre enfant est-il porteur d'un handicap ? ☐ Oui ☐ Non **A-t-il une notification MDPH ?** ☐ Oui ☐ Non

Percevez-vous l'AAEH de la caf ? ☐ Oui ☐ Non **Bénéficie-t-il d'une AESH ?** ☐ Oui ☐ Non

Responsables légaux de l'enfant

A cocher ➡	Responsable 1 ☐ Père ☐ Mère ☐ Autres (à préciser)	Responsable 2 ☐ Père ☐ Mère ☐ Autres (à préciser)
NOM		
Prénom		
Adresse (si différente de l'enfant)		
Tel domicile		
Tel portable		
Tel professionnel		
Email		
N° alloc. CAF ou MSA		

• Situation parentale

☐ Marié ☐ Séparé ☐ Divorcé ☐ Pacsé ☐ Union libre ☐ Veuf(ve) ☐ Célibataires

Qui a la garde de l'enfant : ☐ Le père ☐ La mère ☐ Autre _____

Qui est autorisé à récupérer l'enfant : ☐ Le père ☐ La mère ☐ Autre _____

**Si un des parents n'est pas autorisé à récupérer l'enfant,
il est impératif de joindre une pièce justificative légale.**





Personnes à contacter en cas d'urgence et/ou autorisées (autres que les parents)

	Contact 1	Contact 2	Contact 3	Contact 4
Nom				
Prénom				
Lien de parenté				
Tel portable				
Tel autre				
A contacter en cas d'urgence	☐ Oui ☐ Non	☐ Oui ☐ Non	☐ Oui ☐ Non	☐ Oui ☐ Non
Autorisé à récupérer l'enfant	☐ Oui ☐ Non	☐ Oui ☐ Non	☐ Oui ☐ Non	☐ Oui ☐ Non

Attention ! Une pièce d'identité sera demandée

Assurances

Garanties	Nom de la compagnie	Numéro de contrat
Responsabilité civile		
Responsabilité individuelle accident		
Garantie extrascolaire		

Autorisations

☐ Autorisation de sorties :

- ☐ Mon enfant est autorisé à quitter l'Espace Jeunes seul
- ☐ Mon enfant est autorisé à quitter l'Espace Jeunes accompagné d'une personne autorisée et mentionnée sur la présente fiche
- ☐ Mon enfant n'est pas autorisé à quitter l'Espace Jeunes et m'engage à venir le récupérer dans les locaux

☐ Autorisation d'activités et de sorties éducatives :

☐ Mon enfant peut participer aux sorties éducatives organisées par la Maison des Jeunes. Il ne présente aucune contre-indication à la pratique d'activités sportives et autres.

☐ Autorisation de transports :

- ☐ J'autorise la Maison des Jeunes à transporter mon enfant en véhicule, mini bus et autocar. Je suis informé au préalable des sorties notamment celles nécessitant un moyen de transport.
- ☐ En cas de sortie nocturne, le parent s'engage à récupérer son enfant à l'arrêt de bus.

☐ Autorisation de soins : J'autorise la directrice et l'équipe pédagogique de la Maison des Jeunes

- ☐ à soigner mon enfant en cas de blessure légère
- ☐ à contacter les services d'urgence et en cas d'impossibilité de me joindre à faire pratiquer des examens médicaux ou à faire hospitaliser mon enfant en cas d'urgence.

A le

Signature des parents





Droit à l'image – Enfant mineur

Je soussigné (e) Nom Prénom

Agissant en qualité de ☐ Père ☐ Mère ☐ Tuteur légal

De l'enfant

☐ Autorise ☐ N'autorise pas

L'équipe d'encadrement de la ligue de l'enseignement et la ville de Pignans à filmer et photographier mon enfant lors des activités organisées dans la promotion de ces activités sur l'ensemble de ses supports (magazines, plaquettes, affiches, sites internet, réseaux sociaux en particulier ceux de l'accueil des loisirs), expositions, films et supports numériques, Ainsi que dans les journaux communaux. Il va de soi qu'aucune photo (et sa légende), qu'aucune vidéo (et son commentaire) ne devront porter préjudice à l'enfant et que je pourrai annuler la présente autorisation à tout moment auprès du service jeunesse de la Ville de Pignans à l'adresse suivante : jeunesse@pignans.fr

Fait à le

Signature des responsables légaux obligatoire

Validation finale de la fiche enfant

Responsable 1	Responsable 2
Fait à	Fait à
Date	Date
Signature précédée de la mention « lu et approuvé »	Signature précédée de la mention « lu et approuvé »

Règlement Général sur la Protection des Données : Les informations recueillies font l'objet d'un traitement informatique destiné à gérer votre candidature. Les données enregistrées sont conservées 6 années. Elles sont réservées à l'usage de la direction concernée et ne pourront être transmises, le cas échéant, qu'aux agents de la direction. Conformément à la loi N°78-17 du 6 janvier 1978 modifiée, relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés, et au Règlement Général sur la Protection des Données (RGPD) entré en vigueur le 25 mai 2018, vous pouvez demander communication et, le cas échéant, rectification ou suppression des informations vous concernant par voie postale : Mairie de Pignans - À l'attention du délégué à la protection des données – 7, place de la mairie - 83790 Pignans ou bien par mail : donnees-perso.rgpd@pignans.fr





Fiche sanitaire enfant

Nom / Prénom : _____

Date de Naissance : _____ Garçon ☐ Fille ☐ Taille : _____ mètre _____ Poids : _____ kg

Vaccinations (Se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccinations de l'enfant)

Vaccins obligatoires	Oui	Non	Dates des derniers rappels	Vaccins recommandés	Dates
Diphtérie				Hépatite B	
Tétanos				Rubéole Oreillons Rougeole	
Poliomyélite				Coqueluche	
Ou DT polio				BCG	
Ou Tétracoq				Autres (préciser)	

☐ J'atteste sur l'honneur que mon enfant est à jour des vaccinations obligatoires à la vie en collectivité

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 : oui ☐ non ☐ Varicelle : oui ☐ non ☐
 Angine : oui ☐ non ☐ Scarlatine : oui ☐ non ☐ Oreillons : oui ☐ non ☐ Coqueluche : oui ☐ non ☐
 Otite : oui ☐ non ☐ Rougeole : oui ☐ non ☐ Rhumatisme articulaire aigu : oui ☐ non ☐

● Votre enfant a-t-il un PAI (Projet d'Accompagnement Individualisé) : oui ☐ non ☐

Si oui, précisez : _____

● Allergies : asthme : oui ☐ non ☐ médicamenteuses : oui ☐ non ☐ alimentaires : oui ☐ non ☐

Autre, ou précisez la cause de l'allergie et la conduite à tenir (signalez si automédication)

Indiquez ci-après les difficultés de santé (maladie, accident, crises convulsives, hospitalisation, opération, rééducation) en précisant les dates et les précautions à prendre : _____

Recommandations utiles des parents

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

Précisez : _____

Déclaration sur l'honneur

Je soussigné(e) _____ certifie sur l'honneur l'exactitude des informations fournies.

Date : ____ / ____ / 20____ Signature : _____

(Précédée de la mention « Lu et approuvé »)

