



**FICHE SIGNALETIQUE**  
à remplir et à rendre impérativement  
pour toute inscription au  
centre social de Beaulieu

|                                                        |                                                                                                                                                                                |
|--------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Cadre<br>réservé au<br>Centre<br>social de<br>Beaulieu | Date dépôt du dossier : ..... <input type="checkbox"/> QF <input type="checkbox"/> Assurance <input type="checkbox"/> Vaccins <input type="checkbox"/> Règlement daté et signé |
|                                                        | <input type="checkbox"/> ALSH <input type="checkbox"/> Périscolaire <input type="checkbox"/> Accompagnement Scolarité                                                          |

| ENFANT                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Nom</b> .....<br><b>Prénom</b> .....<br><b>Né (e) le</b> ..... Garçon <input type="checkbox"/> Fille <input type="checkbox"/><br><b>Nationalité</b> .....<br><b>Classe</b> .....<br><b>Ecole</b> .....<br><b>ou accueil spécialisé</b> .....<br><b>N° téléphone de la famille</b> .....<br><b>N° téléphone domicile</b> ..... <input type="checkbox"/> liste rouge | <b>Adresse</b> .....<br>.....<br><b>Mutuelle</b> .....<br>.....<br><b>Percevez-vous l'AEEH pour votre enfant ?</b> oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/><br><b>Votre enfant bénéficie-t-il d'un PAI ?</b> oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/><br>(si oui, merci de nous en fournir une copie) |

| PARENTS – Responsables légaux                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| PARENT 1                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | PARENT 2                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
| <b>Civilité :</b> <input type="checkbox"/> Monsieur <input type="checkbox"/> Madame<br><b>Nom</b> .....<br><b>Prénom</b> .....<br><b>Tél portable</b> .....<br><b>Profession</b> .....<br><b>Employeur</b> .....<br><b>Tél travail</b> .....<br><b>E-mail :</b> .....<br><b>Situation familiale</b> .....<br><b>Adresse (si elle est différente de celle de l'enfant)</b> .....<br>.....<br>..... | <b>Civilité :</b> <input type="checkbox"/> Monsieur <input type="checkbox"/> Madame<br><b>Nom</b> .....<br><b>Prénom</b> .....<br><b>Tél portable</b> .....<br><b>Profession</b> .....<br><b>Employeur</b> .....<br><b>Tél travail</b> .....<br><b>E-mail :</b> .....<br><b>Situation familiale</b> .....<br><b>Adresse (si elle est différente de celle de l'enfant)</b> .....<br>.....<br>..... |

|                    |                                                                                                                            |                           |  |
|--------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------|--|
| Régime allocataire | <input type="checkbox"/> régime général <input type="checkbox"/> fonction publique <input type="checkbox"/> autres régimes | Nombre d'enfants à charge |  |
|                    | Quotient familial                                                                                                          | Date d'effet              |  |

**Je m'engage à signaler TOUTE modification de mon quotient familial.**

## AUTORISATIONS POUR L'ENFANT

Nom et prénom : .....

Je soussigné (e), .....,  
responsable légal (e) de l'enfant.....

**AUTORISE** expressément les personnes (**se munir d'une pièce d'identité**) citées ci-dessous à venir récupérer mon enfant (**aucun enfant ne sera confié à un mineur de moins de 16 ans**)

| Nom – prénom | N° téléphone | Lien de parenté |
|--------------|--------------|-----------------|
|              |              |                 |
|              |              |                 |
|              |              |                 |
|              |              |                 |
|              |              |                 |
|              |              |                 |
|              |              |                 |
|              |              |                 |
|              |              |                 |

**INTERDIT** expressément les personnes citées ci-dessous à venir récupérer mon enfant (fournir la copie de la décision de justice)

| Nom – prénom | Lien de parenté |
|--------------|-----------------|
|              |                 |
|              |                 |

\*\*\*\*\*

☐ autorisons le personnel à sortir mon enfant de l'enceinte de l'établissement pour les sorties en groupe

☐ n'autorisons pas

☐ autorisons la diffusion de l'image de mon enfant :

- sur le site internet et les publications du centre social de Beaulieu
- sur le site internet et les publications des Francas
- dans la presse locale

pour toutes les images effectuées dans le cadre des activités du centre social de Beaulieu

☐ n'autorisons pas

☐ autorisons l'équipe de direction à prendre les mesures d'urgence (SAMU, pompiers) en cas d'accident impliquant mon enfant

☐ n'autorisons pas

☐ autorisons mon enfant à rentrer seul(e) après les activités organisées par le centre social de Beaulieu

☐ n'autorisons pas

☐ autorisons le personnel à transporter ou faire transporter mon enfant dans les véhicules de l'établissement dans le cadre des Sorties en groupe

☐ n'autorisons pas

**Je certifie sur l'honneur l'exactitude des renseignements figurant sur cette fiche et déclare avoir pris connaissance du règlement intérieur de la structure et m'engage à le respecter.**

A St-Etienne, le .....

Signature parentale



## FICHE SANITAIRE DE LIAISON

NOM..... PRENOM.....

Date de naissance ..... Fille ☐ Garçon ☐

### 1 – VACCINATIONS : joindre obligatoirement une copie du carnet de vaccination

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

### 2 – RENSEIGNEMENTS MEDICAUX

| . L'enfant a-t-il déjà eu les maladies suivantes ? | Oui | Non |
|----------------------------------------------------|-----|-----|
| Rubéole                                            |     |     |
| Varicelle                                          |     |     |
| Angine                                             |     |     |
| Rhumatisme articulaire aigu                        |     |     |
| Scarlatine                                         |     |     |
| Coqueluche                                         |     |     |
| Otite                                              |     |     |
| Rougeole                                           |     |     |
| Oreillons                                          |     |     |

. 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.*

. L'enfant bénéficie-t-il d'un suivi éducatif et/ou médical ? oui ☐ non ☐

. ALLERGIES : alimentaires oui ☐ non ☐

médicamenteuses 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.*

. L'enfant présente-t-il un problème de santé (maladie, accident, opération ou autres...) oui ☐ non ☐

Si oui, précisez .....

*En cas de situation de handicap ou de problème de santé particulier, nous invitons les parents à prendre contact avec la direction du centre de loisirs afin d'organiser l'accueil de l'enfant (Stéphane Lagrevol au 07 76 11 53 54).*

### **3 – RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS**

Port des lunettes, de lentilles, d'appareil dentaire ou auditif, etc...

.....  
.....  
.....

Votre enfant sait-il nager ?

oui ☐

non ☐

### **4 – RESPONSABLES DE L'ENFANT**

#### **Responsable n° 1**

Nom ..... Prénom.....

Adresse.....

.....

Tél domicile..... Tél travail.....

Tél portable.....

#### **Responsable n° 2**

Nom ..... Prénom.....

Adresse.....

.....

Tél domicile..... Tél travail.....

Tél portable.....

Je soussigné (e)....., responsable légal de l'enfant,  
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 l'enfant.

Date : .....

Signature :