



FICHE INDIVIDU 2026*

* Veuillez remplir un document par personne

P.A.I.*

*champ réservé à la MDP

INFORMATIONS

Nom	Prénom	Date et lieu de naissance	Age*	Sexe :
				Féminin Masculin
3-5 ans	6-8 ans	9-12 ans	adulte	ado

COORDONNÉES DES RESPONSABLES

Qualité :	Parent 1	Assistant familial	Autre	Parent 2	Assistant familial	Autre
Nom :						
Prénom :						
Adresse						
Tel portable :						
Profession :						
CSP (catégorie socio pro)						
Situation familiale						
Responsable légal						

AUTRES PERSONNES AUTORISÉES À RÉCUPÉRER L'ENFANT* OU A CONTACTER EN CAS D'URGENCE

Nom	Prénom	Téléphone	Lien avec l'enfant

*Si différent des responsables légaux (valable en cas d'accident ou de maladie)

COORDONNÉES DU MÉDECIN TRAITANT

Nom	Prénom	Téléphone	Adresse

ÉCOLE

Établissement scolaire	Classe	Enseignant



* Veuillez remplir un document par personne

RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX

N° de sécurité sociale rattaché à l'enfant :

L'enfant est-il à jour de ses vaccins ? OUI NON

Si OUI, fournir une photocopie des pages de vaccinations du carnet de santé.

Si NON, fournir un justificatif médical de contre indication.

L'enfant a-t-il eu les maladies suivantes : (cocher si oui)

Rubéole	Varicelle	Scarlatine	Otites	Angines	Autres :
Asthme	Rougeole	Coqueluche	Oreillons	Rhumatismes	

INFORMATIONS À TRANSMETTRE À L'ÉQUIPE

(P.A.I, allergies, antécédents et traitements médicaux, port de lunettes, régime alimentaire...)

AUTORISATIONS PARENTALES

J'autorise l'équipe d'animation à utiliser mon image dans le cadre d'activités et d'affichages au sein de l'ensemble des locaux (ALSH, siège....) :

OUI NON

J'autorise la Maison des Projets à utiliser mon image pour l'ensemble des supports de communication (journaux, affiches, site internet, réseaux sociaux (Facebook)...):

OUI	NON	Kidizz (réseau social fermé) Pour ALSH 3-12 ans et séjours été	OUI	NON
-----	-----	--	-----	-----

J'autorise le responsable de l'accueil de loisirs à prendre le cas échéant toutes les mesures rendues nécessaires par l'état de santé de l'enfant (hospitalisation, intervention médicale d'urgence, traitement médical) :

OUI NON

J'autorise mon enfant à rentrer seul à partir de H

OUI NON

SIGNATURE(S)

Je soussigné(e) ou nous soussignons :

Reponsable(s) légal(aux) de l'enfant :

Déclare(ons) exacts les renseignements portés sur ce document.

Fait à

Le