



Ville de Fresnes  
Direction des services à la population  
Service Jeunesse  
01.49.84.57.05 / 06.31.63.86.54

Année 2025

Photo  
Obligatoire

## Accueil de loisirs Jeunesse (Mineurs) Fiche Sanitaire

ACTIVITES et SEJOURS

### LE JEUNE

### FICHE SANITAIRE DE LIAISON

NOM : \_\_\_\_\_

PRÉNOM : \_\_\_\_\_

DATE DE NAISSANCE : \_\_\_\_\_

GARÇON       FILLE       AGE :

### 1 – VACCINATIONS

Joindre une photocopie des pages « vaccinations » du carnet de santé ou du certificat de vaccinations du jeune.

### 2 – RENSEIGNEMENTS MEDICAUX CONCERNANT LE JEUNE

Le jeune suit-il un traitement médical pendant sa présence au centre de loisirs ou un séjour ? Oui  non

Si oui joindre une ordonnance récente et les médicaments correspondants  
(Boîtes de médicaments dans leurs emballages d'origines marquées au nom du jeune avec la notice)  
Aucun médicament ne pourra être pris sans ordonnance.

#### A titre indicatif LE JEUNE A-T-IL DÉJÀ EU LES MALADIES SUIVANTES ?

<b>RUBÉOLE</b> OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	<b>VARICELLE</b> OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	<b>ANGINE</b> OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	<b>RHUMATISME ARTICULAIRE AIGÛ</b> OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	<b>SCARLATINE</b> OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>
<b>COQUELUCHE</b> OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	<b>OTITE</b> OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	<b>ROUGEOLE</b> OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	<b>OREILLONS</b> OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	<b>COVID 19</b> OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>

ALLERGIES : (Merci de préciser) ..... oui  non

MEDICAMENTEUSES    oui  non

ALIMENTAIRES : ..... oui  non

AUTRES .....

PRECISEZ LA CAUSE DE L'ALLERGIE ET LA CONDUITE A TENIR

.....  
.....

P.A.I (projet d'accueil individualisé) en cours oui  non  (joindre le protocole et toutes informations utiles)

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

**INDIQUEZ CI-APRÈS :**

LES **DIFFICULTÉS DE SANTÉ** (MALADIE, ACCIDENT, CRISES CONVULSIVES, HOSPITALISATION, OPÉRATION, RÉÉDUCATION) EN PRÉCISANT LES **PRÉCAUTIONS À PRENDRE**.

.....  
.....

**3 – INFORMATIONS COMPLEMENTAIRES (à renseigner obligatoirement.)**

VOTRE ENFANT PORTE-T-IL DES LENTILLES : oui  non

DES LUNETTES : oui  non  au besoin prévoir un étui au nom de l'enfant

DES PROTHÈSES AUDITIVES : oui  non  au besoin prévoir un étui au nom de l'enfant

DES PROTHÈSES ou APPAREIL DENTAIRE : oui  non  au besoin prévoir un étui au nom de l'enfant

AUTRES RECOMMANDATIONS / PRÉCISEZ (ex : qualité de peau, crème solaire)

.....  
.....

**4- AUTORISATIONS**

J'autorise mon enfant à participer aux activités physiques et sportives : oui  non

J'autorise mon enfant à participer aux baignades surveillées : oui  non

Autorisation de transport en véhicule de service et car de location : oui  non

**5 -RESPONSABLE DE L'ENFANT**

NOM ..... PRÉNOM .....

ADRESSE.....

TÉL. FIXE (ET PORTABLE), DOMICILE : ..... BUREAU : .....

NOM ET TÉL. DU MÉDECIN TRAITANT (FACULTATIF).....

*Je soussignée, .....responsable légal de l'enfant, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise l'équipe d'animation à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de l'enfant, Ceci suivant les prescriptions d'un médecin et/ou un service d'urgence seuls habilités à définir l'hôpital de secteur.*

**Signature du responsable légal**



Ville de Fresnes  
Direction des services à la population  
Service Jeunesse  
01.49.84.57.05 / 06.31.63.86.54

## Fiche de renseignements :

### Accueil de loisirs de la jeunesse

#### **JEUNE :**

Nom : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_

Sexe :  Féminin  Masculin Date de naissance : \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Classe : \_\_\_\_\_ Etablissement scolaire fréquenté de : \_\_\_\_\_

Portable : \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Snap : \_\_\_\_\_

Le jeune bénéficie-t-il d'une AVS (Auxiliaire de Vie Scolaire) ou d'un ASEH (Accompagnement des Elèves en Situation d'Handicap).  Oui  Non

Le jeune possède-t-il un brevet de natation oui  non

**(Joindre une photocopie du brevet de natation)**

#### **PARENT – Responsable légal de l'enfant :**

Lien de parenté : \_\_\_\_\_

NOM : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_

Secteur géographique de la ville :  Nord  Sud Nom du quartier : \_\_\_\_\_

Code postale : \_\_\_\_\_ Commune : \_\_\_\_\_

Pays : \_\_\_\_\_.

Coordonnées (obligatoire) :

Fixe : \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Bureau : \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Portable : \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Adresse mail (obligatoire) : \_\_\_\_\_@\_\_\_\_\_

#### **PARENT – Responsable légal de l'enfant :**

Lien de parenté : \_\_\_\_\_

NOM : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_

Secteur géographique de la ville :  Nord  Sud Nom du quartier : \_\_\_\_\_

Code postale : \_\_\_\_\_ Commune : \_\_\_\_\_

Pays : \_\_\_\_\_.

Coordonnées (obligatoire) :

Fixe : \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Bureau : \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Portable : \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Adresse mail (obligatoire) : \_\_\_\_\_@\_\_\_\_\_

**Tout changement de numéro de téléphone des responsables légaux doit impérativement être transmis au service jeunesse.**

**Pour toute information concernant les règles de fonctionnements de l'accueil de loisirs, nous vous invitons à demander le projet pédagogique.**

**Autorisations :**

Je soussigné(e) (Mme / Mr) \_\_\_\_\_, (Père/ Mère/ Tuteur) de \_\_\_\_\_  
et responsable légal de l'enfant (Nom – Prénom) \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_.

Autorise mon enfant à rentrer seul le soir.

Oui

Non

A participer à toutes les activités proposées par le Service Jeunesse

Oui

Non

(En respect de la réglementation des accueils jeunes).

Je soussigné(e) (Mme/ M.) \_\_\_\_\_ agissant en qualité de (Père/ Mère/  
Tuteur), et responsable légal de l'enfant, déclarer sur cette fiche de renseignements. Confirme l'exactitude des  
informations transmises sur cette fiche.

**Signature du responsable légal :**



## AUTORISATION PARENTALE DE DROIT A L'IMAGE POUR UN.E ENFANT MINEUR.E

Je soussigné (e),

Nom et prénom :

.....

Agissant en qualité de Père, Mère ou Représentant légal, (rayer la mention inutile) investi de l'autorité parentale pour le(s) enfant(s)

Nom et prénom de l'enfant :

.....

**Autorise la ville de Fresnes à photographier/filmer mon ou mes enfants aux fins d'information, d'illustration ou d'exposition. Les prises de vues seront faites durant toute l'année scolaire (du 1er septembre de l'année en cours au 31 août de l'année à venir), lors des activités organisées par le service enfance-jeunesse de la ville, sur le temps périscolaire.**

**Autorise la ville de Fresnes à diffuser, dans un ou plusieurs de ses supports de communication** (magazine municipal, affiches, prospectus, brochures, site Internet et réseaux sociaux) l'image représentant mon ou mes enfant(s) nommé(s) ci-dessus aux fins d'information, d'illustration ou d'exposition.

**N'autorise pas la ville de Fresnes à photographier/filmer et à diffuser l'image représentant mon ou mes enfant(s)**

L'autorisation de photographier/filmer mon enfant est donnée pour l'année scolaire en cours et à titre gratuit, pour un nombre illimité de reproductions ou de représentations. La photographie ne sera pas communiquée à d'autres organismes, ni vendue, ni utilisée à d'autres usages que ceux mentionnés ci-dessus. La publication ou la diffusion de l'image de mineur ainsi que les légendes ou commentaires accompagnant cette publication ne devront pas porter atteinte à sa dignité, à sa vie privée ou à sa réputation.

Toutefois, les personnes ou parents ont la possibilité de retirer une photographie en prévenant le service communication par email à [journal@fresnes94.fr](mailto:journal@fresnes94.fr) ou par courrier (Hôtel de Ville – service communication, 1 place pierre et Marie Curie 94260 Fresnes), moyennant un préavis d'un mois.

Je prends acte du fait que des changements de cadrage, de couleur et de densité pourraient survenir lors de la reproduction et n'en tiens pas responsable la ville de Fresnes et le service concerné ainsi que ses représentant.es et toute personne agissant avec sa permission.

J'ai pris connaissance de mon droit à demander le retrait de toute photographie/film concernant mon ou mes enfants par demande adressée au service communication par email à [journal@fresnes94.fr](mailto:journal@fresnes94.fr) ou par courrier (Hôtel de Ville – service communication, 1 place pierre et Marie Curie 94260 Fresnes), et que ces photographies seront retirées dans le délai d'un mois suivant la réception de ma demande.

Autorisation soumise au Droit français - Tout litige relatif à son exécution, son interprétation ou sa résiliation sera soumis aux Tribunaux français.

Fait à ..... Le ..... et établi en deux exemplaires originaux.

**Signature du responsable légal :**