



2026

ALSH CSES HAM

## Fiche de Renseignements annuelle

**NOM** et **Prénom** de **L'ENFANT :**

Date de naissance :

Adresse :

### **FAMILLE**

NOM et Prénom du responsable légal : \_\_\_\_\_

Téléphone : \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_

Adresse :

Mail :

Profession :

Situation familiale : célibataire  marié  séparé\*  divorcé \*  autre

\*joindre une copie du jugement du tribunal

NOM et Prénom du 2<sup>ème</sup> parent :

Téléphone : / / / /

### **ADMINISTRATIF**

Caisse d'allocations Familiales dont vous dépendez : \_\_\_\_\_

Numéro allocataire\* :

Dépendez-vous d'un autre régime ? \_\_\_\_\_

Numéro d'allocataire :

\*Indispensable pour les colos apprenantes

## **AUTORISATIONS**

### ✓ Fonctionnement des activités

L'inscription à l'ALSH vaut autorisation pour votre enfant à participer à toutes les activités (y compris les sorties) proposées dans ce cadre.

J'autorise  je n'autorise pas  mon enfant à quitter **seul** le lieu d'activité.

En cas d'interdiction, indiquez le nom des personnes autorisées à prendre l'enfant :

Nom \_\_\_\_\_ Prénom :

Tél : \_\_\_\_\_ Lien de parenté :

Nom \_\_\_\_\_ Prénom :

Tél : \_\_\_\_\_ Lien de parenté :

Nom \_\_\_\_\_ Prénom :

Tél : \_\_\_\_\_ Lien de parenté :

### ✓ Droit à l'image

J'autorise l'association de gestion du Centre Social Est Somme à utiliser, dans le cadre de toutes les activités de l'association, l'image de mon enfant prise au cours des activités, sur les supports suivants :

Presse : Oui  Non  - Site internet de l'association : Oui  Non   
Brochures : Oui  Non  - Publication sur les réseaux sociaux : Oui  Non   
Affichage interne (expo photos...) : Oui  Non

Je soussigné, ....., responsable légal de l'enfant, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche. Je certifie avoir pris connaissance du règlement intérieur.

Fait à Ham, le \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_\_\_

Signature :

**Centre Social Est Somme**  
12 rue louis Braille  
03 22 37 00 22  
[accueil@centresocialestsomme.fr](mailto:accueil@centresocialestsomme.fr)

*N'hésitez pas à mettre à jour la fiche de renseignement annuelle dès qu'il y a un changement de situation.*

2026

## FICHE SANITAIRE

### ENFANT

NOM : ..... Prénom : .....

Date de naissance : ..... Age : .....

### FAMILLE

NOM et Prénom du / des responsables légaux : .....

Téléphone : \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_      \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_

Adresse : .....

### PERSONNES A PREVENIR EN CAS D'URGENCE

NOM et Prénom : ..... Lien avec l'enfant : .....

Téléphone : \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_

Adresse : .....

### Médecin traitant

NOM : ..... Téléphone : \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_

### **VACCINATION**

*Les vaccinations obligatoires pour pouvoir être admis en crèche, à l'école, en garderie, en colonie de vacances ou toute autre collectivité d'enfants sont :*

- **Enfants nés avant le 1er janvier 2018** : diphtérie, le tétanos et la poliomyélite est obligatoire.
- **Enfants nés à partir du 1er janvier 2018** : la vaccination contre la diphtérie, le tétanos, la poliomyélite, la coqueluche, l'*Haemophilus influenzae b*, l'hépatite B, le méningocoque C, le pneumocoque, la rougeole, les oreillons et la rubéole est obligatoire jusqu'à 2 ans.

Joindre la photocopie des vaccins à jour de votre enfant.

### **RENSEIGNEMENTS MEDICAUX**

✓ Votre enfant suit-il un traitement médical ?  Oui  Non

Si oui, joindre l'ordonnance originale et les médicaments correspondants (boîtes de médicaments dans leurs emballages d'origine marquées au nom de l'enfant et avec les notices).

✓ Votre enfant est-il allergique ?  Oui  Non

Aux aliments :  Oui : .....  Non

Aux médicaments :  Oui : .....  Non

A d'autres sources :  Oui : .....  Non

Conduite à tenir et /ou autres renseignements :

.....  
.....

Votre enfant a-t-il un Projet d'Accueil Individualisé (PAI) ?  Oui (*merci de le fournir*)  Non

Votre enfant est-il en situation de handicap ?  Oui  Non

Si oui, a-t-il une allocation AEEH ?

✓ Votre enfant a-t-il des difficultés de santé : fragilité particulière, fracture récente, Énurésie régulière ou occasionnelle, ou autre : .....

✓ Votre enfant porte-il : lunettes, prothèses auditives, lentilles ou autre : .....

✓ Votre enfant a-t-il des contre-indications concernant une activité physique ? Dans ce cas, merci de fournir une attestation du médecin

✓ Autorisations

J'autorise  je n'autorise pas  à saisir mes informations médicales.

J'autorise  je n'autorise pas  à saisir mes informations personnelles.

J'autorise  je n'autorise pas  le personnel du Centre Social Est Somme à prendre, le cas échéant, toute mesure nécessaire par l'état de mon enfant (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale, ...)

#### AUTRES RENSEIGNEMENTS CONCERNANT L'ENFANT

.....  
.....

*N'hésitez pas à mettre à jour la fiche sanitaire annuelle dès qu'il y a changement de situation.*

Je soussigné, ....., responsable légal de l'enfant, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche.

Fait à Ham, le \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_\_\_

Signature :

**Centre Social Est Somme**  
12 rue louis Braille  
03 22 37 00 22  
[accueil@centresocialestsomme.fr](mailto:accueil@centresocialestsomme.fr)