

# FICHE INDIVIDUELLE 2025-2026

## VOTRE ENFANT

NOM, Prénom.....

Adresse : .....

.....

Né (e) le :  Fille   
Garçon

Classe scolaire 2025-2026 :.....

CAF  MSA

N°CAF/MSA

QF

Enfant bénéficiaire de l'AEEH : OUI  NON

Si oui N° AEEH :

J'autorise le personnel administratif à consulter  
« CAF Compte partenaire » : OUI  NON

Assurance (compagnie et contrat à noter) :

.....

.....

## Accueils collectifs de mineurs souhaités (ouverture des droits sur le logiciel)

### Mercredis

- ALSH 3-6 ans à Vinay
- ALSH 6-12 ans à Vinay
- ALSH 3-12 ans à Saint Quentin Sur Isère
- ALSH 3-12ans à Saint Romans

### Adolescents (à partir du collège)

- Accueil Adolescents à Vinay
- Accueil Adolescents à Pont en Royans

### Vacances

- ALSH 3-6 ans à Vinay
- ALSH 6-12 ans à Vinay
- ALSH 3-12 ans à Saint Quentin Sur Isère
- ALSH 3-12ans à Saint Romans
- ALSH 3-12 ans à Cognin les Gorges (été )
- ALSH 3-12 ans à Pont en Royans (juillet)

- Séjours de vacances

## RESPONSABLES LEGAUX

NOM, Prénom : \_\_\_\_\_

Lien de parenté : \_\_\_\_\_

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

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Téléphones : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Mail : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

NOM, Prénom : \_\_\_\_\_

Lien de parenté : \_\_\_\_\_

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

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Téléphones : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Mail : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Je soussigné (e).....responsable légal (e) de l'enfant, déclare avoir pris connaissance du règlement intérieur de l'année en cours des accueils collectifs de mineurs de Saint Marcellin Vercors Isère et m'engage à le respecter.

*Règlement intérieur consultables sur le site internet de SMVIC et disponible sur les lieux d'accueils.*

Date :

Signature du représentant légal :

## ENFANT

NOM : ..... PRÉNOM : .....  
 DATE DE NAISSANCE:..... NOM DU MÉDECIN TRAITANT ..... Tel.....  
 Autorisation de rentrer seul OUI  NON   
 Autorisation de filmer ou photographier votre enfant : OUI  NON

## RESPONSABLE(S) DE L'ENFANT

NOM, PRÉNOM : ..... NOM, PRÉNOM : .....  
 TÉLÉPHONE : ..... TÉLÉPHONE : .....

## AUTRES PERSONNES A CONTACTER (autres que le/les responsable(s) de l'enfant)

Nom	Prénom	Téléphone	Lien de parenté avec l'enfant	Prévenir en cas d'urgence (Oui / Non)	Habilité-e à récupérer l'enfant (oui/non)

## VACCINATIONS (se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccinations de l'enfant).

VACCINS	DATES DU DERNIER RAPPEL (Jour-mois-année)	VACCINS	DATES DU DERNIER RAPPEL (Jour-mois-année)
<i>Diphtérie, Tétanos, Poliomyélite, Coqueluche (DTPC)</i>		<i>pneumocoque</i>	
<i>Haemophilus B</i>		<i>Méningocoque C</i>	
<i>Hépatite B</i>		<i>Rubéole-Oreillons-Rougeole</i>	

L'ENFANT A-T-IL UN PROJET D'ACCUEIL INDIVIDUALISÉ (P.A.I.) ? OUI  NON

Si OUI merci de fournir le document complet.

L'ENFANT A-T-IL DES ALLERGIES (médicaments, alimentaires) ? OUI  NON

CAUSES	MESURES À PRENDRE & SIGNES VISIBLES

## DIFFICULTÉS DE SANTÉ (asthme, maladie, crises convulsives, trouble du comportement, opérations, etc.)

DIFFICULTÉS/ ANTÉCÉDENTS	MESURES À PRENDRE & SIGNES VISIBLES

## RECOMMANDATIONS UTILES (régime alimentaire, comportement et adaptation de l'accueil, port de lunettes, etc.)

Toutes informations à transmettre à l'équipe pour un meilleur accueil individualisé de votre enfant

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

Je soussigné(e), .....responsable légal de l'enfant, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise le responsable de l'accueil collectif de mineurs à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale,...) rendues nécessaires par l'état de l'enfant.

Date :

Signature :