



Fiche de Renseignements et Sanitaire (Recto)

Année scolaire 2026-2027

Mairie de Pélissanne - Service Éducation Jeunesse (SEJ)
393 chemin Saint Pierre-13330 PELISSANNE ☎ 04 90 55 32 92 - ✉ sej@ville-pelissanne.fr

L'ENFANT:

Nom : Prénom :
Date de naissance : / / Sexe : ☐ Masculin ☐ Féminin
École, collège, lycée : Classe à la rentrée 2026 :
Assurance extrascolaire : ☐ Oui ☐ Non Nom de la compagnie :

Si Garde Alternée, dossier: ☐ Mère ☐ Père ☐ Autre:.....

Alternance: Semaines Paires: ☐ Semaines Impaires: ☐ Autre organisation: ☐ (joindre planning)

RESPONSABLES LÉGAUX DE L'ENFANT:

1. ☐ Madame ☐ Monsieur

Nom : Prénom :
Date de naissance : / / Nom de jeune fille :
Adresse :
Code postal : Ville :
☎/...../...../...../..... ☎/...../...../...../.....
Profession : ☎ (travail) :/...../...../...../.....

2. ☐ Madame ☐ Monsieur

Nom : Prénom :
Date de naissance : / / Nom de jeune fille :
☎/...../...../...../..... ☎/...../...../...../.....
Profession : ☎ (travail) :/...../...../...../.....

Situation familiale : ☐ Marié(e) ☐ Pacsé(e) ☐ Vie maritale ☐ Divorcé(e) ☐ Séparé(e) ☐ Célibataire ☐ Veuf (ve)

COMMUNICATION PAR MAIL: Pour recevoir les informations liées à notre service (périodes d'inscription, informations sur l'ACM,...)

1)@.....

RENSEIGNEMENTS ALLOCATAIRE CAF des Bouches du Rhône

NOM de l'Allocataire: **N° D'ALLOCATAIRE :**

☐ J'autorise la référente CAF du SEJ à télécharger mon quotient familial afin de bénéficier d'une éventuelle prise en charge des frais liés à l'inscription de mon enfant à l'Accueil Collectif des Mineurs (Mercredis et vacances)

La consultation de ces données CAF se fait à chaque nouvelle inscription à l'ACM des Mercredis ou Vacances

AUTRES PERSONNES AUTORISÉES À VENIR CHERCHER L'ENFANT* :

Nom : Prénom :
Qualité : ☎/...../...../...../.....
Nom : Prénom :
Qualité : ☎/...../...../...../.....
Nom : Prénom :
Qualité : ☎/...../...../...../.....

*** Si la personne est mineure, se rapprocher du SEJ afin de formaliser les modalités.**

Une pièce d'identité de la personne venant chercher l'enfant sera demandée par l'équipe encadrante.

VACCINATIONS:

☐ J'atteste de la vaccination à jour de mon enfant (**Joindre le certificat de vaccination avec le nom et le prénom de l'enfant**).

"Les informations recueillies font l'objet d'un traitement informatique destiné à l'inscription des enfants et de certains adultes aux activités proposées par le Service Éducation Jeunesse (SEJ) et à la facturation des activités payantes. Les destinataires des données sont le personnel administratif qui les enregistre et tous les agents qui encadrent l'enfant lors des activités. La connaissance de ces données peut être transmise aux pompiers et personnel soignant en cas d'accident dont l'enfant serait victime. La direction susnommée, en qualité de Co-Responsable de traitement, s'engage à ce que la collecte et le traitement de vos données soient conformes au Règlement européen 2016/679 du 27/04/2016 relatif à la protection des données personnelles et à la Loi Informatique et Libertés du 06/01/1978 modifiée le 20/06/2018 (rgpd).

Vous disposez d'un droit d'accès, de rectification, de modification et de suppression des données personnelles que vous nous avez communiquées en vous adressant au Service Éducation Jeunesse.

Fiche de Renseignements et Sanitaire 2026 - 2027 (Verso)

Nom et prénom de l'enfant :

TROUBLES DE SANTÉ:

Allergies alimentaires : ☐ Oui* ☐ Non Précisez la cause :

Allergies médicamenteuses : ☐ Oui ☐ Non Précisez la cause :

Autres allergies : ☐ Oui* ☐ Non Précisez la cause :

Asthme : ☐ Oui* ☐ Non Epilepsie : ☐ Oui* ☐ Non Diabète : ☐ Oui* ☐ Non

Autres : ☐ Oui* ☐ Non *Précisez :

*** Si vous avez coché "oui" ci-dessus, veuillez prendre contact avec votre médecin afin de mettre en place un PAI ou transmettre un certificat médical de non nécessité de mise en place d'un PAI.**

P.A.I. (Projet d'Accueil Individualisé) : ☐ Oui* ☐ Non

*** Si oui, prendre contact avec le SEJ et le directeur d'école.**

P.A.I. alimentaire avec "Panier Repas" : ☐ Oui* ☐ Non

Pour accueillir votre enfant sur les activités SEJ, le PAI doit être validé par la direction du SEJ.

RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX CONCERNANT L'ENFANT:

L'enfant suit-il un traitement médical ? ☐ Oui* ☐ Non

*** Si vous avez coché "oui" ci-dessus, précisez la cause et le traitement (informations nécessaires en cas de prise en charge par des services de secours)**

AUTRES INFORMATIONS DE SANTÉ et APPAREILLAGES

Suivi spécialisé, handicap moteur, troubles du comportement, antécédents d'accidents, d'opération, paire de lunettes, prothèse auditives, appareil dentaire, diverses prises en charges (orthophoniste, CMPP, SESSAD...)

.....

Précautions à prendre :

Nom du médecin traitant : **☎**/...../...../...../.....

AUTORISATIONS:

J'autorise mon enfant à partir seul des activités du SEJ (ACM, Périscolaire, Garderies,...) : ☐ OUI* ☐ NON

*** Se rapprocher du SEJ pour remplir le formulaire d'autorisation de sortie précisant les modalités (horaires, périodicité,...).**

J'accepte que mon enfant soit photographié ou filmé lors des activités : ☐ OUI (1) ☐ NON (2)

(1) les photos et/ou films pourraient être diffusés dans : la presse locale, les réseaux sociaux, la communication interne de la Mairie (diaporamas SEJ, Péli-Info, etc.).

(2) votre enfant ne sera jamais pris en photo dans le cadre des activités du SEJ.

Je soussigné(e),, responsable légal,

- certifie exact l'ensemble des renseignements portés sur cette fiche,

- autorise le responsable de l'accueil à prendre, le cas échéant, toutes les mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de santé de l'enfant,

- déclare avoir pris connaissance du règlement intérieur des activités auxquelles mon enfant est inscrit et en respecter les conditions,

- autorise mon enfant à participer aux différentes activités et sorties proposées par les organisateurs des accueils de loisirs lorsqu'il est inscrit à ces activités,

- accepte que mon enfant soit acheminé, dans le cadre d'activité ou de sortie, en car, en minibus ou en véhicule léger par une société de transport ou l'équipe encadrante.

Fait à Pélissanne, le / /

Signatures des responsables légaux :

1

2