

# Dossier SANITAIRE, Accueil Collectif de Mineurs de Hangest sur Somme 2026

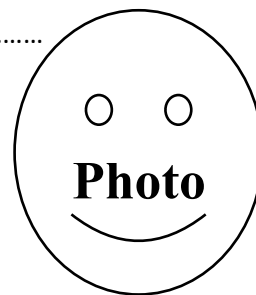
**Enfant** NOM : ..... Prénom : .....

Né(e) le :     /     /           à ..... Age : .....

Adresse (complète) : .....

.....

Établissement scolaire : .....Classe : .....



Renseignements	Le Père	La mère
Nom – Prénom		
Adresse		
N° de téléphone		
Mail		
Profession		
N° tél employeur		
Situation de famille	Mariée <input type="checkbox"/> Concubinage <input type="checkbox"/> Séparée <input type="checkbox"/> Autre <input type="checkbox"/> précisez :..... Divorcée <input type="checkbox"/> l'un des parents n'est pas autorisé à être en contact avec l'enfant <input type="checkbox"/> (fournir copie de décision de justice)	
Régime affiliation	CAF (général) n° : .....QF : ..... MSA n° : .....	Nom prénom du Référent : .....

En cas d'urgence pendant les heures d'ouverture, la personne à prévenir en priorité est : le père  / la mère

Autre personne qui peut se déplacer : Nom et Prénom : .....

Lien avec l'enfant : .....Tél : .....

Adresse : .....

**Je soussigné(e) M, Mme ..... responsable légal de l'enfant :**

- SORTIE DU CENTRE**
- L'autorise à rentrer seul à : 12h00 et / ou 17h00
- OU  Autorise à **reprendre mon enfant** :
- M, Mme .....En qualité de.....
- M, Mme .....En qualité de.....
- M, Mme .....En qualité de.....
- OU  Nous viendrons le rechercher tous les jours

Déclare avoir pris connaissance des conditions de fonctionnement des Accueils de Loisirs organisés par la Commune et autorise mon enfant à participer aux différentes activités proposées par les organisateurs et la direction. Décharge ces derniers de toutes responsabilités en cas d'accident pouvant survenir avant ou après les heures d'ouverture ou de fermeture du centre.

Autorise les organisateurs et la direction à prendre toutes les mesures nécessaires en cas d'urgence médicale (Appel des secours pour prise en charge, hospitalisations, interventions chirurgicales...)

Autorise la prise de photographies ou d'images vidéo de mon enfant dans le seul but de promouvoir le centre ou pour diffuser lors de manifestations liées aux activités du centre. L'image pourra être utilisée pour une durée de 2 ans à compter de la fin de l'accueil du centre.

**SIGNATURE du responsable légal :**

# Renseignements concernant la santé de l'enfant

☉ Votre enfant a-t-il une allergie ? Est-il Asthmatique ?  Oui  Non

Si oui, précisez la cause et la conduite à tenir et le traitement :

☉ Votre enfant suit-il un régime alimentaire spécifique ?  Oui  Non

Si oui, précisez : .....

☉ Votre enfant est-il suivi dans le cadre  Oui  Non d'un PPRE, PPS, PAI, PAP ? **Fournir copie du dossier**

Précisez la cause et la conduite à tenir : .....

**Pour toute prise en charge médicamenteuse, il est obligatoire de fournir une ordonnance médicale, le dossier PAI Au besoin, n'hésitez pas à prendre contacte avec la DIRECTION**

Nom et adresse du médecin traitant : .....

Numéro de téléphone : .....

☉ Votre enfant a-t-il eu les maladies suivantes ?

Rubéole <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Varicelle <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Angine <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Oreillons <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Scarlatine <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Coqueluche <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Otite <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Rougeole <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Rhumatisme articulaire aigu <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	

☉ Votre enfant porte-t-il ?

Des drains dans les oreilles <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Des lunettes <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Les lentilles de contact <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Des prothèses auditives <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
---	---	---	--

**Autres renseignements que vous souhaitez nous communiquer :**

**« J'accepte que ces données fassent l'objet d'un traitement, d'une consultation du dossier allocataire CAF par les partenaires (PEP80) et reconnais avoir pris connaissance des mentions RGPD de l'AD PEP80 » :**

A ..... Le : ..... / ..... / ..... Signature du représentant légal