

1. IDENTIFICATION DE L'ENFANT

Nom de famille : Prénom(s) :

Date de naissance : Lieu de naissance :

Genre : Commune et Code postal :

2. RESPONSABLES LÉGAUX ET CONTACTS

RESPONSABLE 1	RESPONSABLE 2
Nom – Prénom :	Nom – Prénom :
Adresse :	Adresse (si différente) :
Tél. portable :	Tél. portable :
Tél. domicile / travail :	Tél. domicile / travail :
E-mail :	E-mail :
Lien avec l'enfant :	Lien avec l'enfant :

Autre personne à prévenir en urgence :

Nom – Prénom : Lien de parenté :

Tél. portable : Tél. domicile / travail :

Médecin traitant (nom et téléphone) :

3. PERSONNES AUTORISÉES À REPRENDRE L'ENFANT

J'autorise mon enfant à repartir à l'issue de l'accueil ou en cas de nécessité avec les personnes suivantes (autres que les responsables légaux) :

Nom et Prénom	Lien avec l'enfant	Téléphone

4. VACCINATIONS

Se référer au carnet de santé. Joindre la photocopie des pages vaccination du carnet de santé ou tout autre certificat de vaccination à jour.

Vaccins obligatoires — Réf. : décret n° 2017-1860 du 30 déc. 2017 (11 vaccins pour les enfants nés à partir du 1er janvier 2018 ; DTP seuls pour les enfants nés avant cette date).

5. RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX

5.1 Maladies infantiles antérieures

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

5.2 Difficultés de santé particulières nécessitant des précautions ou soins spécifiques

Non Oui — si oui, précisez (nature, précautions, soins à apporter) :

5.3 Traitement médicamenteux en cours

Non Oui — médicament(s), posologie, horaires :

⚠ Joindre l'ordonnance et les médicaments dans leur emballage d'origine avec le nom de l'enfant.

5.4 Protocole d'Accueil Individualisé (PAI)

Non Oui — nature du PAI :

⚠ Joindre une copie du PAI et tous les traitements/protocoles associés.

5.5 Situation de handicap

L'enfant est-il reconnu en situation de handicap (MDPH ou autre reconnaissance) ? Non Oui

Type de handicap / déficience	Précisions utiles pour l'accueil
<input type="checkbox"/> Moteur / physique	
<input type="checkbox"/> Sensoriel – auditif / visuel	
<input type="checkbox"/> Cognitif / intellectuel (TDI, trisomie...)	
<input type="checkbox"/> Troubles du spectre autistique (TSA)	
<input type="checkbox"/> Troubles du langage et des apprentissages (DYS, TDAH...)	
<input type="checkbox"/> Psychique / trouble du comportement	
<input type="checkbox"/> Maladie chronique invalidante	
<input type="checkbox"/> Autre	

Besoins spécifiques et aménagements à prévoir :

<input type="checkbox"/> Aide humaine ou accompagnement spécifique	Nature / fréquence :
<input type="checkbox"/> Aménagement des activités ou de l'environnement	Préciser :
<input type="checkbox"/> Matériel ou équipement particulier	Préciser :
<input type="checkbox"/> Communication adaptée (PECS, LSF, pictogrammes...)	Préciser :
<input type="checkbox"/> Temps de repos ou pauses nécessaires	Fréquence / modalités :
<input type="checkbox"/> Gestion des crises / comportements	Conduite à tenir :

Un accompagnant (AESH, AVS, aidant familial...) sera-t-il présent durant l'accueil ? Non Oui

Si oui — Nom et prénom : Tél. :

Reconnaissance administrative (si souhaitée) :

Notification MDPH en cours de validité - Taux d'incapacité : AEEH PCH Autre :

⚠ Joindre une copie de la notification concernée ci-dessus

Pas de reconnaissance administrative formelle mais situation nécessitant une attention particulière

Toute autre information que vous jugez utile de porter à la connaissance de l'équipe d'animation :

6. ALLERGIES ET RÉGIME ALIMENTAIRE

Type	Présence	Préciser / agents en cause	Conduite à tenir
Alimentaire	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui		

Médicamenteuse	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui		
Environnementale (animaux, pollen...)	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui		
Autre	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui		

Régime alimentaire : Aucun Sans porc Végétarien Végétalien Halal Casher Autre :

Autres informations utiles (lunettes, lentilles, prothèse auditive, appareil dentaire...) :

7. AUTORISATION MÉDICALE D'URGENCE

En cas d'impossibilité de me joindre et de nécessité d'une intervention médicale ou chirurgicale urgente, j'autorise la direction de l'ACM à faire appel aux services de secours (SAMU 15, pompiers 18 ou 112) et à tout praticien qualifié pour agir en mon nom et place.

J'autorise : OUI NON

Je soussigné(e), responsable légal de l'enfant, certifie l'exactitude des renseignements portés sur cette fiche et m'engage à les actualiser si nécessaire.

Fait à / Le	Signature du responsable légal

8. SECTION FACULTATIVE - MIEUX CONNAÎTRE VOTRE ENFANT

Les questions ci-dessous sont **facultatives**. Elles permettent à l'équipe de mieux connaître votre enfant et d'adapter son accueil au quotidien. Répondez-y selon ce qui vous semble pertinent et utile à partager. Ces informations restent strictement confidentielles.

8.1 Petite enfance (3–6 ans) — À compléter si votre enfant est en maternelle ou si l'ACM propose un temps de sieste

Question	Réponse / précisions
Fait-il la sieste ? Rituel d'endormissement ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Si oui, durée : Doudou, tétine, chanson... :
Propreté	<input type="checkbox"/> Propre le jour <input type="checkbox"/> Propre la nuit <input type="checkbox"/> Couches / protections encore nécessaires
Autonomie au repas	<input type="checkbox"/> Mange seul(e) <input type="checkbox"/> A besoin d'aide <input type="checkbox"/> A besoin d'encouragements
Mot ou signe pour les toilettes	Terme utilisé par l'enfant :
Peurs particulières	Obscurité, bruits, séparation... :

8.2 Enfance (7–11 ans) — Autonomie, vie sociale et activités

Question	Réponse / précisions
Difficultés relationnelles connues	Timidité intense, conflits fréquents, isolement... :
Anxiété dans certaines situations	<input type="checkbox"/> Groupe <input type="checkbox"/> Compétition <input type="checkbox"/> Nuit / séparation <input type="checkbox"/> Autre :
Activités à éviter ou adapter	Lesquelles et pourquoi :
Sait nager ?	<input type="checkbox"/> Oui — attestation de savoir nager (ASN) : <input type="checkbox"/> jointe <input type="checkbox"/> Non disponible <input type="checkbox"/> Non
Suivi en cours	<input type="checkbox"/> Orthophonie <input type="checkbox"/> Psychologue <input type="checkbox"/> Ergothérapie <input type="checkbox"/> Autre :

8.3 Jeunesse (12–17 ans) — Questions spécifiques à la tranche d'âge

Question	Réponse / précisions
Menstruations (jeunes filles)	<input type="checkbox"/> Non concernée / pas encore <input type="checkbox"/> Oui, protections prévues : <input type="checkbox"/> Oui, autonome

	<input type="checkbox"/> Non, à prévoir Douleurs importantes <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui
Traitement contraceptif ou hormonal	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui (à préciser dans la section traitements en cours)
Crises d'angoisse ou de panique déjà vécues	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui — conduite à tenir :
Suivi psychologique ou pédopsychiatrique	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui — structure ou professionnel :
Éléments de contexte de vie utiles à l'équipe	Séparation familiale, deuil, situation difficile... (à votre discrétion) :

8.4 Pour aller plus loin — Tous âges

Y a-t-il des informations que vous souhaitez partager avec l'équipe pour que votre enfant vive au mieux son accueil, et que nous n'aurions pas abordées dans cette fiche ?

Ces informations sont strictement confidentielles et destinées uniquement à l'équipe encadrante afin de garantir la sécurité et le bien-être de votre enfant durant l'accueil.

Réf. : arrêté du 20 février 2003 modifié, art. R227-6 du CASF — Document obligatoire à remettre à la direction avant tout accueil — 1 fiche par enfant. Traitement des données personnelles conforme au RGPD (UE 2016/679) et à la loi Informatique et Libertés. Conservation : durée de l'accueil + 5 ans. Droit d'accès et de rectification : contacter l'organisateur.