



ACCUEIL DE LOISIRS

CENTRE OMNISPORTS PIERRE CROPPET

11 route de Gray 25000 BESANCON

FICHE DE RENSEIGNEMENTS 2026

ENFANT

NOM, prénom : Né(e) le :/...../.....

Sexe : ☐ F ☐ M

ADRESSE :

CODE POSTAL : VILLE :

☐ BESANCON (quartier :) ☐ GRAND BESANCON ☐ AUTRE

CAF DU DOUBS UNIQUEMENT :

N° ALLOCATAIRE : QUOTIENT FAMILIAL (du mois précédent) :

**Pour bénéficier des tarifs préférentiels Merci de joindre la photocopie du justificatif
quotient familial du mois précédent si <1001**

• Enfant en situation de handicap : ☐ OUI* ☐ NON

***Merci de fournir obligatoirement la notification MDPH(même si déjà fournie auparavant)**

si oui lequel :

L'enfant suit-il un **P.A.I.** (Plan d'aide individualisé) : ☐ OUI ☐ NON

Si oui, merci de joindre une copie au dossier.

PARENTS

Mère – Responsable légale <input type="checkbox"/>		Père – Responsable légale <input type="checkbox"/>	
NOM		NOM	
Prénom :		Prénom :	
Adresse :		Adresse :	
(si ≠ de l'enfant)		(si ≠ de l'enfant)	
Tel :		Tel :	
Mail :		Mail :	

Personne à joindre en cas d'urgence (si parents injoignables) : (NOM + TEL)

.....

Personnes susceptibles de venir chercher l'enfant (NOM/TEL/LIEN DE PARENTÉ)

→.....

→.....

AUTORISATIONS

- L'enfant sait-il nager : ☐ OUI ☐ NON
- En cas de coup ou de chute, l'encadrant est-il autorisé à donner à l'enfant des granules d'ARNICA ☐ OUI ☐ NON
- J'autorise que mon enfant soit filmé, pris en photo ou visible sur le site internet du Centre, dans le cadre de ses activités pendant l'accueil de loisirs. ☐ OUI ☐ NON
- J'autorise mon enfant à être transporté par les encadrants de l'accueil de loisirs, selon la législation en vigueur ☐ OUI ☐ NON

Copie des vaccins jointe au dossier : ☐ OUI

Joindre obligatoirement la photocopie des vaccins (même si déjà fournie auparavant)

Régime alimentaire : ☐ normal ☐ sans porc ☐ végétarien

RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LE MINEUR :

Poids : Taille : (informations nécessaires en cas d'urgence)

Suit-il un traitement médical durant le séjour : ☐ OUI ☐ NON

Si oui, joindre une ordonnance récente et les médicaments correspondants (boîtes de médicaments dans leur emballage d'origine marquée au nom de l'enfant avec la notice).

Allergies :

- Alimentaires ☐ OUI ☐ NON
 - Médicamenteuses ☐ OUI ☐ NON
 - Autres (animaux, plantes, pollen...) ☐ OUI ☐ NON
- Précisez

si oui, joindre un certificat médical précisant la cause de l'allergie, les signes évocateurs, et la conduite à tenir.

Le mineur présente-t-il un problème de santé : ☐ OUI ☐ NON

Si oui, précisez :

.....

L'enfant a-t-il déjà 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	Coqueluche <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	Rhumatisme articulaire aigu <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
Oreillons <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	Scarlatine <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	

RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS :

Port de lunettes, de lentilles, d'appareil dentaire ou auditif, comportement de l'enfant, difficultés de sommeil, énurésie nocturne ou diurne, etc...

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

Nom et téléphone du médecin traitant :

.....

Je soussigné(e), responsable légal(e) du mineur,

déclare avoir pris connaissance du règlement intérieur de l'accueil de loisirs du COPC, ledit document étant mis à ma disposition dans le hall d'accueil ou directement à l'accueil de loisirs et que je peux le consulter à tout moment ;

déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et m'engage à la réactualiser si nécessaire. J'autorise le responsable de l'accueil de loisirs à prendre, le cas échéant, toutes mesures rendues nécessaires selon l'état de santé de ce mineur.

Date :

Signature :