



MAISON POUR TOUS DE SAINT-PIERRE

25 rue Victor Eusen, 29200 BREST

Tel. : 02 98 45 10 92

www.mptdesaintpierre.fr



l'éolagrange
FÉDÉRATION

FICHE SANITAIRE 2025/2026

LE MINEUR

Nom :
Prénom :
Date de naissance :
Lieu de naissance :
Sexe : ☐ Fille ☐ Garçon
Ecole :
Enseignant :

UNIQUEMENT POUR LES ENFANTS SCOLARISÉS À KERARGAOUYAT OU PAUL ELUARD

Sieste : ☐ Fait la sieste ☐ Fait un temps calme
☐ Fait la sieste si fatigue

ALSH & INCLUSION

CETTE RUBRIQUE EST À RENSEIGNER POUR LES ENFANTS CONCERNÉS

- ☐ Je dispose d'une attestation de la MDPH pour l'enfant (joindre une copie au dossier)
☐ Je souhaite mettre en place un accueil individualisé
☐ Mon enfant bénéficie d'un PAI (joindre une copie au dossier)

Vous avez coché une case ?

Afin d'accompagner au mieux l'enfant sur son temps de loisirs à la MPT, nous vous demandons de bien vouloir **prendre rendez-vous avec le directeur de l'accueil de loisirs avant la venue de votre enfant**. Cet entretien permettra de mettre en place d'éventuels aménagements (locaux, mobilier, rituels...) et donner des repères aux équipes.

ADMINISTRATIF

Régime : ☐ Général ☐ Agricole
Caisse : ☐ CAF 29 ☐ MSA Armorique
☐ Autre :
Numéro allocataire :
Numéro sécu rattaché au mineur :
Assureur extrascolaire :
Numéro de contrat :

Nous vous informons qu'il est dans votre intérêt de souscrire un contrat d'assurance de personnes couvrant les dommages corporels auxquels votre/vos enfant.s participe.nt.

SANTÉ & ALIMENTATION

Régime alimentaire : ☐ Sans porc ☐ Sans viande
LE CAS ÉCHÉANT

L'enfant a-t-il des difficultés de santé (maladie, allergies, asthme, accident, hospitalisations, opérations chirurgicales, crise convulsive...) ?
☐ Oui ☐ Non

Si oui, précisez :
.....
.....
.....

Souhaitez-vous ajouter quelque chose ?
.....
.....
.....

RESPONSABLE LEGAL 1 (destinataire des factures)

Civilité : ☐ Madame ☐ Monsieur
Nom :
Prénom :
Adresse :
Code postal :
Commune :
Téléphone :
Courriel :
☐ Je souhaite recevoir des informations de la MPT par e-mail
☐ Je refuse l'envoi des factures par mail

RESPONSABLE LEGAL 2

Civilité : ☐ Madame ☐ Monsieur
Nom :
Prénom :
Adresse :
SI DIFFÉRENT
Code postal :
Commune :
Téléphone :
Courriel :
☐ Je souhaite recevoir des informations de la MPT par e-mail
☐ Un jugement est en place concernant l'autorité parentale (joindre copie)

AUTORISATIONS PARENTALES

	OUI	NON
Je soussigné(e) / Nous soussignons : autorise(nt) la Maison pour tous de Saint-Pierre, dans le cadre des activités, à photographier/filmer mon enfant à diffuser son image pour d'éventuelles publications relatant des activités de l'association	☐	☐
autorise(nt) l'enfant à quitter seul l'accueil de loisirs	☐	☐
autorise(nt) l'enfant à se baigner	☐	☐
autorise(nt) la Maison pour tous de Saint-Pierre à prendre, le cas échéant, toutes mesures rendues nécessaires par l'état de santé de l'enfant en cas d'urgence	☒	

Nom des personnes autorisées à venir prendre en charge l'enfant :

NOM et prénom	Téléphone	Lien avec l'enfant

Joindre une liste si le nombre de lignes est insuffisant

Je/nous certifie/certifions exacts les renseignements portés sur cette fiche et m'engage/nous nous engageons à la réactualiser si nécessaire (changement de numéros de téléphone, adresse, renseignements médicaux...).

BREST, le / /

Signature(s) :

Pièce à joindre impérativement :

► Certificat médical (vaccinations à jour) ou copie des pages du carnet de santé
Tout dossier incomplet sera mis en attente et traité à réception de l'ensemble des pièces.