



CENTRE DE LOISIRS
ALSH ANDREST 3/12 Ans
32 PLACE DE LA REPUBLIQUE
65390 ANDREST
Tél. : 06 50 90 71 42
www.leolagrange-65.com

ANNEE 2020/2021
A.L.S.H "Centre de Loisirs"

P.A.I.

FICHE DE RENSEIGNEMENTS

Classe et Nom de l'Enseignant

NOM de l'enfant : **Prénom de l'enfant :**

Date de naissance : Lieu : Lieu de scolarisation.....

Adresse postale de l'enfant :

Code postal : Localité : Téléphone :

NOM et Prénom PARENT 1: **Responsable légal :** oui non

Profession : Tél. Travail : Tél. Portable :

Email :

NOM et Prénom PARENT 2: **Responsable légal :** oui non

Profession : Tél. Travail : Tél. Portable :

Email :

Nombre d'enfants dans la famille : **Numéro de Sécurité Sociale :**

Numéro d'allocataire CAF

Même si vous ne percevez plus de prestations

Assurance en

responsabilité Civile

Compagnie :

Numéro :

Autres personnes à contacter en cas d'urgence :

Nom : Prénom : Téléphone :

Nom : Prénom : Téléphone :

AUTORISATION PARENTALE : je soussigné, M. ou Me responsable légal :

- autorise l'animateur responsable à faire effectuer toutes les prescriptions médicales jugées utiles par le médecin.
- autorise LEO LAGRANGE 65 à consulter le site CAF PRO afin de connaître mon Quotient Familial.
- autorise le centre de loisirs LEO LAGRANGE à utiliser dans le cadre pédagogique et pour l'information (journal, affichage photos, plaquettes, site internet Léo Lagrange 65) des photos de mon enfant prises au cours des activités mises en place par le centre de loisirs.

AUTORISATION DE SORTIE DU CLSH :

Mon enfant - est autorisé(e) à quitter le centre accompagné de (lien de parenté) :

M.

- n'est pas autorisé(e) à quitter le centre accompagné de (lien de parenté) :

M.

- Sortir seul, sous ma responsabilité, suivant les horaires de fonctionnement

(Seulement pour les + de 10 ans)

Oui

Non

REGIMES SPECIFIQUES régime sans viande

Renseignements Médicaux
(à remplir à partir du carnet de santé)


Nom du médecin traitant (facultatif) : Téléphone :

Vaccins obligatoires	oui		non		Dates des derniers rappels	Vaccins recommandés	oui		non		Dates des derniers rappels
Diphthérie						Hépatique B					
Tétanos						Rubéole - Oreillons - Rougeole					
Poliomyélite						Coqueluche					
Ou DT Polio						AUTRES : (préciser)					
Ou Tétracoq											
BCG											

Si l'enfant n'est pas vacciné, pourquoi ?

Injection de sérum. Nature et Dates :

A-t-il déjà eu une de ces maladies ?	OUI	NON	Dates
Scarlatine			
Varicelle			
Otite			
Angine			
Rubéole			
Rougeole			
Coqueluche			
Oreillons			
Rhumatisme articulaire aigu			

 **L'ENFANT EST-IL ALLERGIQUE ?**

ASTHME :


ALIMENTAIRE :

MEDICAMENTEUSE :

Autres :

*Indiquer clairement NON si l'enfant n'est pas allergique
Si OUI pour toute conduite spécifique à suivre fournir un PAI*

GROUPE SANGUIN :

 **AUTRES OBSERVATIONS - CONSIGNES PARTICULIERES - CONDUITE A TENIR :**
Prothèses auditives - lentilles etc ... ?

Si l'enfant suit un traitement médical au moment où il fréquentera le C.L.S.H, joindre l'ordonnance médicale ainsi que le traitement (boîtes de médicaments dans leur emballage d'origine marquées au nom de l'enfant avec la notice). **Aucun médicament ne pourra être pris sans ordonnance.**

Nous, soussignés après avoir pris connaissance des conditions générales du fonctionnement du CLSH, déclarons y souscrire et autorisons notre enfant à participer à toutes les activités prévues.

Nous déclarons exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorisons le responsable du groupe à prendre le cas échéant, toutes mesures (traitements médicaux, hospitalisation, interventions chirurgicales, admission et sortie des Urgences) rendues nécessaires par l'état de santé de l'enfant.

Nous nous engageons, s'il y a lieu, à rembourser au C.L.S.H le montant des frais médicaux avancés.

SIGNATURE (précédée de la mention «lu et approuvé»)

Date :

Parent 1

Parent 2

Le Tuteur légal