



39 rue de l'Orient
65360 BERNAC-DEBAT
Tél. : 05 62 90 07 07
www.leolagrange-65.com
alaealsh.bernacdebat@gmail.com

FICHE DE RENSEIGNEMENTS

Fille Garçon

NOM de l'enfant : PRENOM de l'enfant : AGE :

Date de naissance : Lieu :

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

Profession : Tél. Travail : Tél. Portable :

Email :

Adresse :

Code postal : Localité :

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

Profession : Tél. Travail : Tél. Portable :

Email :

Adresse :

Code postal : Localité :

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 à hospitaliser l'enfant en cas de besoin.

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, réseaux sociaux) des photos de mon enfant prises au cours des activités mises en place par le centre de loisirs.

AUTORISATION DE SORTIE DE L'ALSH : Mon enfant

Est autorisé(e) à quitter le centre accompagné de (lien de parenté) :

M. / Me

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

M. / Me

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

(Seulement pour les + de 10 ans) Oui Non

Je certifie que mon enfant : Sait nager Oui Non

Sait faire de la bicyclette Oui Non

Régime alimentaire ou religieux :

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

Nom du médecin traitant : 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							

Si l'enfant n'est pas vacciné, pourquoi ? GROUPE SANGUIN :

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*

AUTRES OBSERVATIONS - CONSIGNES PARTICULIERES- CONDUITE A TENIR :

(Prothèses auditives - lentilles, etc ...)

.....

.....

Si l'enfant suit un traitement médical au moment où il fréquentera l'A.L.S.H, joindre l'ordonnance médicale et une autorisation parentale manuscrite avec 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 de l'ALSH, 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 à l'A.L.S.H le montant des frais médicaux avancés.

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

Parent 1

Parent 2

Date :

Le Tuteur légal

Pièces à fournir :

- Photocopies des feuilles de vaccination du carnet de santé
- Attestation CAF avec le quotient familial