

ACCUEIL DE LOISIRS DE BAREGES

ANNÉE :

6 ans



39 Route de Labatsus - 65120 BARÈGES

☎ : 05.62.92.17.00 / 09.64.39.61.05

☎ Portable : 06.88.88.06.11

Email : helios.centredeloisirs@wanadoo.fr

Site : www.leolagrange-65

FICHE DE RENSEIGNEMENTS

À remplir en lettres majuscules

NOM de l'enfant : **PRÉNOM** de l'enfant :
Date de naissance : Lieu de naissance :
Adresse de l'enfant :
Code postal : Localité :

Parent 1 de l'enfant :

Nom parent 1 : **Prénom** :
Profession : ☎ Domicile / Travail :
☎ Portable :
Adresse e-mail :

Parent 2 de l'enfant :

Nom parent 2 : **Prénom** :
Profession : ☎ Domicile / Travail :
☎ Portable :
Adresse e-mail :

Responsable de l'enfant Père Mère Autre

Si le responsable est autre que l'un des parents, préciser:

Nom : **Prénom** :
☎ domicile : ☎ portable :

Régime d'affiliation : MSA Non allocataire Régime général

N° d'affiliation (n° CAF ou n° MSA)
(même si vous ne percevez plus de prestations)

Autres personnes à contacter en cas d'urgence :

Nom : **Prénom** : ☎ :
Nom : **Prénom** : ☎ :

AUTORISATION PARENTALE :

Je soussigné(e), Mr ou Mme..... :

- **Autorise** à participer aux baignades surveillées **oui** **non**
- **Autorise** l'accueil de loisirs Léo Lagrange à utiliser dans le cadre pédagogique et pour l'information (journal, plaquettes, affichage photos, ...) des photos de mon enfant prises au cours des activités mises en place par le centre de loisirs **oui** **non**
- **Autorise** l'animateur responsable à transporter mon enfant dans le véhicule du centre **oui** **non**
- **Autorise** la direction à faire effectuer toutes les prescriptions médicales jugées utiles par le médecin. **oui** **non**

SIGNATURE (précédée de la mention « Lu et approuvé » et de la date) :

Parent 1

Parent 2

Renseignements médicaux : (à remplir à partir du carnet de santé)

Nom du médecin traitant (à Barèges) :

Vaccins obligatoires			Dates vaccinations et rappels	Vaccins recommandés			Dates vaccinations et rappels
	Oui	Non			Oui	Non	
<i>Diphtérie</i>				<i>Hépathique B</i>			
<i>Tétanos</i>				<i>Rubéole - Oreillons - Rougeole</i>			
<i>Poliomyélite</i>				<i>Coqueluche</i>			
<i>Ou DT Polio</i>				<i>AUTRES (préciser)</i>			
<i>Ou Tétracoq</i>							

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

Régime alimentaire ou religieux :



L'enfant est-il allergique ?

Asthme :

Allergie alimentaire :

Allergie médicamenteuse :

Autres :

Autres observations - Consignes particulières - Conduite à tenir

(crises convulsives, port de lunettes, prothèses auditives, lentilles...)

Si l'enfant suit un **traitement médical** au moment où il fréquente l'Accueil de Loisirs :

- joindre l'**ordonnance médicale**
- le **traitement** (boîtes de médicaments dans leur emballage d'origine marquées au nom de l'enfant avec la notice)
- une **autorisation parentale** manuscrite

Aucun médicament ne pourra être pris sans ordonnance