



3 impasse du moulin
 65290 JUILLAN
 Tél. : 05 62 32 90 61 / Port : 06 15 50 53 77
 Mail (infos) : alshjuillan@orange.fr
 Mail (réservations) : resa.alshjuillan@gmail.com
 www.leolagrange-65.com

Ecole :
Classe :

FICHE DE RENSEIGNEMENTS

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

Date et lieu de naissance :

Adresse postale de l'enfant :

Code postal : Localité :

Parent 1 (Nom, Prénom): **Responsable légal*** : oui non
 Profession : Tél. Travail : Tél. Portable :
 Adresse mail :

Parent 2 (Nom, Prénom): **Responsable légal*** : oui non
 Profession : Tél. Travail : Tél. Portable :
 Adresse mail :

Nombre d'enfants dans la famille : **Numéro d'allocataire CAF** (même si vous ne percevez plus de prestation) :

Numéro de Sécurité Sociale :

Compagnie d'assurance extrascolaire : **N° :**

Compagnie d'assurance Responsabilité civile : **N° :**

Autres personnes à contacter en cas d'urgence :

Nom, prénom : Lien avec l'enfant : Téléphone :

Nom, prénom : Lien avec l'enfant : Téléphone :

Autorisation parentale* : Je soussigné, M. ou M^{me}

- autorise l'animateur responsable à faire effectuer toutes les prescriptions médicales jugées indispensables par le médecin (certificat médical obligatoire + autorisation parentale - voir règlement intérieur).
- autorise le centre de loisirs LEO LAGRANGE à utiliser dans le cadre pédagogique et pour l'information (journal, affichage photos, plaquettes, site Internet, réseaux sociaux...) des photos et vidéos de mon enfant prises au cours des activités mises en place par l'accueil de loisirs.
- autorise LEO LAGRANGE à consulter le site CAF PRO afin de connaître le quotient familial et de conserver le document..
- reconnaît avoir pris connaissance et accepter le règlement intérieur de la structure.

Autorisation de sortie de l'accueil* : Mon enfant

- est autorisé(e) à quitter le centre accompagné de :
 - Noms, prénoms, lien de parenté :
- n'est pas autorisé(e) à quitter le centre accompagné de
 - Nom, prénom :
- est autorisé(e) à sortir seul, sous ma responsabilité, suivant les horaires de fonctionnement de la structure (seulement pour les + de 10 ans)

Pour les enfants de plus de 6 ans

Test aquatique* : mon enfant sait nager : oui / non
 (Fournir test d'aisance aquatique de moins de 2 ans)

Sortie vélo

* : mon enfant sait faire du vélo : oui / non

* En cas de refus merci de rayer la mention

Pièces OBLIGATOIRES à fournir pour l'inscription :

- | |
|--|
| <input type="checkbox"/> Dernière attestation de paiement de la CAF avec quotient familial
<input type="checkbox"/> Attestation d'assurance scolaire et responsabilité civile
<input type="checkbox"/> Avis d'imposition (si vous n'avez pas de quotient familial)
<input type="checkbox"/> Photocopie des 2 certificats de vaccination (copie des vaccins) |
|--|

Renseignements Médicaux

Nom du médecin traitant (facultatif) : Téléphone :

Joindre : une photocopie des 2 certificats de vaccination du carnet de santé de l'enfant ou une attestation du médecin indiquant que l'enfant est à jour de ses vaccins)

Vaccins obligatoires	Oui	Non	Dates des derniers rappels	Vaccins recommandés	Oui	Non	Dates des derniers rappels
Diphtérie				Hépatite B			
Tétanos				Rubéole - Oreillons - Rougeole			
Poliomyélite				Coqueluche			
Ou DT Polio				Autres: (préciser)			
Ou Tétracoq							

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

Injection de sérum. Nature et Dates :

GRUPE SANGUIN :

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

⚠ Allergies, Intolérances

*Indiquer clairement **NON** si l'enfant n'est pas allergique
Si **OUI fournir un PAI** pour toutes conduites spécifiques à*

ASTHME :

ALIMENTAIRE :

MEDICAMENTEUSE :

AUTRES :

Si l'enfant suit un traitement médical **indispensable** au moment où il fréquentera de l'accueil : joindre une autorisation parentale et une courrier du médecin et 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 ces 3 documents.**



Régime Alimentaire spécifique (Hors raisons médicales):

- Sans Porc
- Sans viande
- Autre (Spécifiez).....



Autres observations (lunettes, prothèses auditives...), consignes particulières, conduite à tenir :

.....

Nous, soussignés après avoir pris connaissance des conditions générales du fonctionnement de l'accueil, 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'accueil le montant des frais médicaux avancés.

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

Date :

Parent 1

Parent 2

Le Tuteur légal

Les données sont exclusivement réservées à l'usage interne de l'association Léo LAGRANGE 65 et ne sont pas divulguées à des tiers.