



33 avenue du Pouey
65420 IBOS
Tél. : 05 62 90 07 07
www.leolagrange-65.com

COMMUNE :

AZEREIX.....
OSSUN.....

FICHE DE RENSEIGNEMENTS

Form containing fields for child's name, date of birth, school, and contact information.

Form for Parent 1: NOM et Prénom PARENT 1, Profession, Tél. Travail, Tél. Portable, Email.

Form for Parent 2: NOM et Prénom PARENT 2, Profession, Tél. Travail, Tél. Portable, Email.

Form for family information: Nombre d'enfants dans la famille, Numéro de Sécurité Sociale.

Form for CAF: Numéro d'allocataire CAF, Même si vous ne percevez plus de prestations.

Form for Civil Status: Case en situation de célibat, Mariage, Divorce, Veuf, etc.

Form for company: Compagnie, Numéro.

Autres personnes à contacter en cas d'urgence :

Form for emergency contacts: Nom, Prénom, Téléphone.

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

- List of authorization checkboxes: autorise l'animateur responsable à faire effectuer toutes les prescriptions médicales... autorise LEO LAGRANGE 65 à consulter le site CAF PRO... autorise le centre de loisirs LEO LAGRANGE à utiliser dans le cadre pédagogique...

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

REGIMES SPECIFIQUES : régime sans viande / autre à préciser

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