



FICHE DE RENSEIGNEMENTS

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

Date de naissance : Lieu : Lieu de scolarisation :

Classe : Nom de l'enseignant :

Nom Prénom du parent 1 : Mr/Me..... Responsable légal* : oui non

Adresse :

Code postal : Localité : Adresse mail :

Profession : Tél. Travail : Tél. Portable :

Nom Prénom du parent 2 : Mr/Me..... Responsable légal* : oui non

Adresse :

Code postal : Localité : Adresse mail :

Profession : Tél. Travail : Tél. Portable :

Numéro d'allocataire CAF

(même si vous ne percevez plus de prestations)

Compagnie d'Assurance R.C

.....

N° de contrat :

Nombre d'enfants dans la famille :

Numéro de Sécurité Sociale :

Autres personnes à contacter en cas d'urgence :

Nom, prénom : Tél. : Lien de parenté :

Nom, prénom : Tél. : Lien de parenté :

Autorisation parentale* : Je soussigné, M. ou Me

- Autorise à hospitaliser l'enfant en cas de besoin
- Autorise LEO LAGRANGE 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 information (journal, affichage photos, plaquettes, site Facebook, Léo Lagrange ...) des photos de mon enfant prises au cours des activités.
- Refuse que le centre de loisirs utilise des photos de mon enfant.
- Mon enfant est autorisé(e) à quitter le centre accompagné de :
Nom Prénom : Lien de parenté :
- Nom Prénom : 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

Je certifie que mon enfant sait nager : OUI NON

Régime alimentaire ou religieux :

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

Nom du médecin traitant : Téléphone :

Vaccins obligatoires			Date du dernier rappel	Vaccins recommandés			Date du dernier rappel
	Oui	Non			Oui	Non	
Diphtérie				Hépatite B			
Tétanos				Rubéole - Oreillons - Rougeole			
Poliomyélite				Coqueluche			
Ou DT Polio				Autres : (préciser)			
Ou Tétra coq							

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

L'enfant a-t-il déjà eu une de ces maladies ?

	Oui	Non	Dates		Oui	Non	Dates
Scarlatine				Rubéole			
Varicelle				Rougeole			
Otite				Coqueluche			
Angine				Oreillons			
Rhumatisme articulaire aigu							

L'enfant a-t-il un PAI ?

L'enfant est-il Allergique ?

	Oui	Non			Oui	Non	
Asthme				Médicamenteuse :			
Alimentaire				Autres :			

AUTRES OBSERVATIONS (prothèses auditives, lentilles, etc...), consignes particulières, conduite à tenir :
.....

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.

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

La mère

Le père

Date :

Le Tuteur légal

Pièces à fournir

→ Photocopie des feuilles de vaccination du carnet de santé

→ Présenter 1 Justificatif de la CAF avec votre quotient familial.

(Disponible sur le site CAF.fr)