



CENTRE DE LOISIRS
« CENTRE JEUNES » 15/17 Ans
Avenue Roger PAUL
65320 Bordères sur l'Echez
Tél. : 07 63 73 50 55
www.leolagrange-65.com
Mail : diabolocentrejeunes@gmail.com

ANNEE 2023-2024

FICHE DE RENSEIGNEMENTS

NOM de l'enfant : **Prénom de l'enfant :**

Date de naissance : Lieu : Lieu de scolarisation.....

Adresse postale de l'enfant :

Code postal : Localité : Téléphone :

Adresse mail :

NOM et Prénom du père: **Responsable légal :** oui non
Profession : Tél. Travail : Tél. Portable :

NOM et Prénom de la Mère: **Responsable légal :** oui non
Profession : Tél. Travail : Tél. Portable :

Nombre d'enfants dans la famille : **Numéro de Sécurité Sociale :**

Numéro d'allocataire CAF **Assurance en** **Compagnie :**

Même si vous ne percevez plus de prestations **responsabilité Civile** **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 l'animateur responsable à faire effectuer toutes les prescriptions médicales jugées utiles par le médecin.
- 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) des photos de mon enfant prises au cours des activités mises en place par le centre de loisirs.
- Autorise LEO LAGRANGE 65 à consulter le site CAF PRO afin de connaître mon Quotient Familial.

JE CERTIFIE QUE MON ENFANT Sait nager Ne sait pas nager
Sait faire de la bicyclette Ne sait pas faire de la bicyclette

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 Non

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


Nom du médecin traitant (facultatif) : Téléphone :

Vaccins obligatoires	Dates des derniers rappels		Vaccins recommandés	Dates des derniers rappels	
	oui	non		oui	non
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			

	<u>L'ENFANT EST-IL ALLERGIQUE ?</u>
<u>ASTHME</u> :	
<u>ALIMENTAIRE</u> :	
<u>MEDICAMENTEUSE</u> :	
Autres :	
<i>Indiquer clairement NON si l'enfant n'est pas allergique Si OUI pour toute conduite spécifique à suivre fournir un PAI</i>	

GROUPE SANGUIN :

	<u>AUTRES OBSERVATIONS - CONSIGNES PARTICULIERES- CONDUITE A TENIR :</u> 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 :

La mère

Le père

Le Tuteur légal