



ACCUEIL DE LOISIRS

Luz Ardiden

65 120 Luz Saint Sauveur
Tél : 07 60 22 27 20
Mail : alshluzardiden@gmail.com
www.leolagrange-65.com

Saison 2023-2024



FICHE DE RENSEIGNEMENTS

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

Date de naissance : Lieu : Lieu de scolarisation :

Adresse postale de l'enfant :

Code postal : Localité : Téléphone :

Adresse mail :

Nom, prénom du parent 1 : Responsable légal* : oui non
Profession : Tél. Travail : Tél. Portable :

Nom, prénom du parent 2 : Responsable légal* : oui non
Profession : Tél. Travail : Tél. Portable :

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

Numéro d'allocataire CAF
(même si vous ne percevez plus de prestations)

Compagnie d'Assurance R.C

N° de contrat :

Autres personnes à contacter en cas d'urgence :

Nom, prénom : Téléphone :

Nom, prénom : Téléphone :

Autorisation parentale* : je soussigné, M. ou Me

- Autorise à hospitaliser l'enfant en cas de besoin.
- Autorise le centre de loisirs LEO LAGRANGE à utiliser dans le cadre pédagogique et pour information, (journal, affichage photos, plaquettes, ...), des photos de mon enfant prises au cours des activités.
- Refuse que le centre de loisirs utilise des photos de mon enfant.

Autorisation de sortie du CLSH* : Mon enfant

- Est autorisé(e) à quitter le centre accompagné de :
Nom, prénom :
Nom, prénom :
- 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
Sait faire de la bicyclette : oui non

Régime alimentaire ou religieux :

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

Nom du médecin traitant :

Téléphone :

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 Tétra coq							

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

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*

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

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»)

Parent 1

Parent 2

Date :

Le Tuteur légal

Pièces à fournir : Attestation CAF avec le quotient familial Famille CCPVG
Photocopies des feuilles de vaccination du carnet de santé