



FICHE DE RENSEIGNEMENTS

ALSH

6 Rue Gustave Fougère
63530 SAYAT
Année scolaire 2017 / 2018

04-73-60-08-43

Cadre réservé à l'Accueil de loisirs
QF :

ETAT CIVIL

Nom : _____ Prénom : _____
 Date de naissance : _____ Lieu de naissance : _____ Sexe : Garçon /--/ Fille /--/
 Ecole fréquentée par l'enfant : _____ Classe : _____

LES RESPONSABLES LEGAUX DE L'ENFANT

Nom et Prénom du responsable légal :		Nom et Prénom de l'autre parent :	
Adresse		Adresse (Si différente du 1er responsable légal)	
Profession :	Employeur	Profession :	Employeur
Situation des parents : célibataire pacsé(e) marié(e) divorcé(e) veuf(ve) <i>Rayer les mentions inutiles</i>			
En cas de divorce les deux parents ont-ils l'autorité parentale ? OUI /--/ NON /--/			
Adresse habituelle où vit le jeune : _____			
Vous souhaitez vos factures par mail OUI /--/ NON /--/			
Adresse mail : _____			

TELEPHONES

Domicile (père)	Portable (père)	Travail (père)
Domicile (mère)	Portable (mère)	Travail (mère)
Autre personne habilité à venir chercher votre enfant		
Nom/Prénom N° de tél	Nom/Prénom N° de tél	
Nom/Prénom N° de tél	Nom/Prénom N° de tél	
Nom/Prénom N° de tél	Nom/Prénom N° de tél	

ADMINISTRATIF DIVERS

N° de sécurité sociale du responsable légal (sous lequel le jeune est inscrit):	Nom de l'assuré :
N° Allocataire CAF ou MSA du responsable légal : (à nous fournir même si vous touchez pas de prestations)	Nom de l'allocataire : CAF ou MSA
Assurances : Les familles doivent être assurés en responsabilité civile et individuelle accident pour leurs enfants Merci de demander à votre assureur de vérifier que l'assurance couvre les activités périscolaires et extrascolaires en cas de participation au centre de loisirs.	

RENSEIGNEMENTS MEDICAUX

Vaccination: Les familles s'engagent à ce que leurs enfants soient à jour dans les vaccinations obligatoires .
MERCI DE NOUS JOINDRE UNE COPIE DU CARNET DE VACCINATION.

Allergies : médicamenteuses oui non asthme oui non
 alimentaires oui non autres oui non

Si allergie merci d'en préciser la cause et la conduite à tenir : _____

Un P.A.I. (protocole d'accueil individualisé) est il signé avec l'école ? **OUI/ NON** *Rayer les mentions inutiles*

L'enfant a-t-il déjà eu les maladies suivantes ?

Rubéole	Oui / Non	Varicelle	Oui / Non	Angine	Oui / Non	Scarlatine	Oui / Non
Coqueluche	Oui / Non	Otite	Oui / Non	Rougeole	Oui / Non	Oreillons	Oui / Non

En cas de **difficultés de santé** (maladie, accident, crises convulsives, hospitalisation, opération, rééducation) merci de prendre contact avec nous;

AUTORISATION

Entre seul Oui Non **A partir de** _____ **h**

Droit à l'image Oui Non **Merci de nous joindre le formulaire remplis et signé**

En signant ce document, je déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche (toutes modifications doivent nous être communiquées), autorise l'Accueil de loisirs à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de l'enfant, autorise mon enfant à participer à toutes les activités proposées par l'Accueil de loisirs et atteste avoir pris connaissance du projet éducatif et du règlement intérieur

Merci de Vérifier les informations d'une année sur l'autre

Année scolaire	2017-2018	2018-2019
Signatures des responsable légaux		

Tous les renseignements demandés doivent être indiqués
