



FICHE DE RENSEIGNEMENTS ALSH DE SAYAT

Accueil de loisirs de Sayat
6 rue Gustave Fougère
63530 SAYAT
Tel:04.73.60.08.43
centreloisirssayat@wanadoo.fr

ETAT CIVIL DE L'ENFANT

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

LES RESPONSABLES LEGAUX DE L'ENFANT

Responsable légal 1 Mère <input type="checkbox"/> Père <input type="checkbox"/> Tuteur(trice) <input type="checkbox"/>		Responsable légal 2 Mère <input type="checkbox"/> Père <input type="checkbox"/> Tuteur(trice) <input type="checkbox"/>	
Nom		Nom	
Prénom		Prénom	
Adresse		Adresse	
Profession		Profession	
Employeur		Employeur	

Situation des parents : concubinage pacsé(e) marié(e) séparé(e) divorcé(e) veuf(ve)
célibataire monoparentale

En cas de séparation ou de divorce les deux parents ont-ils l'autorité parentale ? OUI NON

En cas de séparation ou de divorce merci de préciser l'adresse principale de l'enfant:
.....

Pour l'utilisation du "**portail famille**" une adresse mail est indispensable :

TELEPHONES

Domicile (père)		Portable (père)		Travail (père)	
Domicile (mère)		Portable (mère)		Travail (mère)	

Personnes à prévenir en cas d'urgence (si les parents ne sont pas joignables)

Nom/Prénom		Nom/Prénom	
N° de tél		N° de tél	
Lien de parenté		Lien de parenté	
Nom/Prénom		Nom/Prénom	
N° de tél		N° de tél	
Lien de parenté		Lien de parenté	

Personnes habilitées à venir chercher votre enfant

Nom/Prénom		Nom/Prénom	
N° de tél		N° de tél	
Lien de parenté		Lien de parenté	
Nom/Prénom		Nom/Prénom	
N° de tél		N° de tél	
Lien de parenté		Lien de parenté	

Suite au verso

ADMINISTRATIF

N° de sécurité sociale de rattachement de l'enfant

Nom de l'assuré

N° Allocataire CAF ou MSA

Nom de l'allocataire : CAF ou MSA

RENSEIGNEMENTS MEDICAUX**VACCINATIONS**

Vaccins obligatoires	Merci de cocher la case	Date dernier rappel	Vaccins recommandés	Merci de cocher la case	Date dernier rappel
Diphtérie			Hépatite B		
Tétanos			Rubéole		
Poliomyélite			Coqueluche		
ou DT polio			Variole		
ou Tétracoq			Autres		
BCG					

MALADIES* (merci de cocher la ou les correspondant)

Angine	Rubéole	Otite	Varicelle	Coqueluche	Scarlatine	Oreillons	Rougeole

PARTICULARITES MEDICALES

Votre enfant a-t-il des difficultés de santé (accident, hospitalisation, opération...) oui non

Merci de préciser le type de difficultés:.....

P.A.I (Protocole d'Accueil Individualisé)

Si votre enfant souffre d'une pathologie nécessitant un traitement ou des soins médicaux un P.A.I doit être mis en place

Avez-vous signé un P.A.I avec l'école oui non Motif du P.A.I:

ALLERGIES

Allergie médicamenteuse oui non Merci d'indiquer le médicament:.....

Allergie cutanée oui non Merci d'indiquer la source:.....

Allergie alimentaire oui non Merci d'indiquer le ou les aliments:

Attention, en cas d'allergie alimentaire vous serez dans l'obligation de fournir un panier repas

REGIME ALIMENTAIRE

Votre enfant suit-il un régime alimentaire particulier oui non

Merci de préciser le type de régime:.....

En signant ce document, vous déclarez exacts les informations portées sur cette fiche de renseignements et vous vous engagez à prévenir l'Accueil de loisirs pour tout changement en cours d'année.

Vous autorisez l'Accueil de loisirs à prendre, le cas échéant, toutes les mesures rendues nécessaires par l'état de santé de votre enfant (hospitalisation, intervention chirurgicale, traitement médical)

Vous reconnaissez avoir pris connaissance du règlement intérieur validé par le conseil municipal du 20 juin 2018, consultable sur le site de la commune (www.sayat.fr) et vous en acceptez les termes.

Fait àle.....20.....

Nom, prénom et signature du responsable légal 1

Nom, prénom et signature du responsable légal 2

