

Accueil Périscolaire	<input type="checkbox"/>
ALSH Lot & Tolzac	<input type="checkbox"/>

ENFANT(S)

Nom / Prénom : Né(e) le : à Ets Scolaire : Assurance et N°:	Nom / Prénom : Né(e) le : à Ets Scolaire : Assurance et N°:
Nom / Prénom : Né(e) le : à Ets Scolaire : Assurance et N°:	Nom / Prénom : Né(e) le : à Ets Scolaire : Assurance et N°:

* Les factures seront envoyées à l'adresse du Responsable légal.

RESPONSABLE LEGAL : <input type="checkbox"/> PERE <input type="checkbox"/> MERE <input type="checkbox"/> AUTRE :	
Nom(s) / Prénom(s) : Adresse : CP / VILLE : tél : Portable: Email : Profession: employeur :	N° Sécurité Sociale : N° CAF : N° MSA : Situation de Famille: Célibataire () Divorcé () Marié () Veuf-ve () En couple () Souhaite être membre actif et avoir dro oui non

RESPONSABLE LEGAL : <input type="checkbox"/> PERE <input type="checkbox"/> MERE <input type="checkbox"/> AUTRE :	
Nom(s) / Prénom(s) : Adresse : CP / VILLE : tél : Portable: Email : Profession: employeur :	N° Sécurité Sociale : N° CAF : N° MSA : Situation de Famille: Célibataire () Divorcé () Marié () Veuf-ve () En couple () Souhaite être membre actif et avoir dro oui non

DEPLACEMENT DE L'ENFANT

AUTORISATION DE RETOUR SEUL(E)	OU	NON AUTORISÉ(E) À PARTIR SEUL(E)	Situation **
<u>Personnes habilitées à venir</u>	NOM Prénom :	Tél. :	
<u>chercher le ou les enfants</u>	NOM Prénom :	Tél. :	
	NOM Prénom :	Tél. :	
	NOM Prénom :	Tél. :	

** (indiquer la situation par rapport à l'enfant : conjoint, grand-parents, oncle, ami, ...)

JE SOUSSIGNÉ M. OU MME.....

RESPONSABLE LÉGAL DE L'ENFANT.....

DÉCLARE EXACTS LES RENSEIGNEMENTS PORTÉS SUR CETTE FICHE.

AUTORISE mon enfant à participer aux sorties et activités proposées par le centre de loisirs

AUTORISE le centre de loisirs à prendre en photo ou à filmer mon enfant, dans le cadre des activités et pour le site Internet.

AUTORISE le centre de loisirs à faire hospitaliser mon enfant en cas d'ACCIDENT GRAVE

Pièces à fournir :

- Attestation CAF/MSA ou numéro d'allocataire
- Certificat médical d'aptitude aux activités sportives et de non contagion
- Attestation carte vitale
- Attestation d'assurance extrascolaire ou responsabilité civile

La famille atteste avoir pris connaissance du règlement intérieur et s'engage à le respecter

Fait à :

Le :

SIGNATURE :

MÉDECIN TRAITANT : Nom : TÉL :

NOUS NE SOMMES PAS AUTORISÉS À DONNER DES MÉDICAMENTS AUX ENFANTS

RENSEIGNEMENTS ENFANT (S) : **Mon ou mes enfants sont à jours de leurs vaccinations**

	Nom / Prénom :	Nom / Prénom :	Nom / Prénom :	Nom / Prénom :
DERNIÈRES VACCINATIONS	Né(e) le :	Né(e) le :	Né(e) le :	Né(e) le :
BCG	Le :	Le :	Le :	Le :
DT POLIO	Le :	Le :	Le :	Le :
R.O.R	Le :	Le :	Le :	Le :
HÉPATITE	Le :	Le :	Le :	Le :
AUTRES	Le :	Le :	Le :	Le :

RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX Maladies déjà contractées <i>Rayer les mentions inutiles</i>	RUBÉOLE	RUBÉOLE	RUBÉOLE	RUBÉOLE
	VARICELLE	VARICELLE	VARICELLE	VARICELLE
	SCARLATINE	SCARLATINE	SCARLATINE	SCARLATINE
	COQUELUCHE	COQUELUCHE	COQUELUCHE	COQUELUCHE
	OTITES	OTITES	OTITES	OTITES
	ROUGEOLE	ROUGEOLE	ROUGEOLE	ROUGEOLE
	OREILLONS	OREILLONS	OREILLONS	OREILLONS
	ASTHMES	ASTHMES	ASTHMES	ASTHMES
	Autre :	Autre :	Autre :	Autre :

Traitement médical actuel				
---------------------------	--	--	--	--

ALLERGIES				
-----------	--	--	--	--

Mon enfant sait nager :	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>
-------------------------	--	--	--	--

<u>Renseignements supplémentaires :</u>
--

Signature du responsable légal :