

# FICHE ANNUELLE DE RENSEIGNEMENTS 2025/2026 (valable jusqu'au 31/08/2026)

## ACCUEIL DE LOISIRS

E N F A N T	NOM : .....			PRENOM : .....			Sexe : <input type="checkbox"/> Fille <input type="checkbox"/> Garçon	
	NE(E) LE : .....			AGE : ... ..ans			☎ Port. : / / / / /	
	Classe .....			Ecole : ... ..				
	<input type="checkbox"/> Suivi Assistante sociale .....			<input type="checkbox"/> Suivi Education spécialisée.....				
S A N T E	<b>Régime alimentaire :</b> <input type="checkbox"/> Sans porc <input type="checkbox"/> Sans viande <input type="checkbox"/> Autre .....							
	<b>Vaccins :</b> <b>DT Polio / Trétracoq</b> 1 <sup>er</sup> vaccin : .../.../..... 2 <sup>ème</sup> vaccin : .../.../..... 3 <sup>ème</sup> vaccin : .../.../..... Dernier rappel : .../.../.....							
	<b>Autres Vaccinations</b> BCG : <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non ROR : <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non Coqueluche : <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non Autre (précisez) : .....							
	<b>Difficultés de santé et/ou recommandations des parents :</b> ..... .....							
R E S P O N S A B L E	NOM .....			Prénom .....			Portable : / / / /	
	PROFESSION .....			EMPLOYEUR .....				
	LIEU (trav.) .....			TELEPHONE (travail) : .....				
	LIEN DE PARENTE <input type="checkbox"/> Père <input type="checkbox"/> Mère <input type="checkbox"/> Autre .....							
C O N J O I N T	NOM .....			Prénom .....			Portable : / / / /	
	PROFESSION .....			EMPLOYEUR .....				
	LIEU (trav.) .....			TELEPHONE (travail) : .....				
	LIEN DE PARENTE <input type="checkbox"/> Père <input type="checkbox"/> Mère <input type="checkbox"/> Autre .....							
A D M I N I S T R A T I F	ADRESSE DU DOMICILE : .....							
	CODE POSTAL .....			VILLE .....			☎ Dom. : / / / /	
	Adresse mail famille : .....							
	CAF de : .....			N° allocataire : .....			Quotient Familial : .....	
	Mutuelle : .....			Assurance Resp. Civile : .....				

# AUTORISATION PARENTALE

Je soussigné(e) \_\_\_\_\_

Responsable légal de l'enfant : \_\_\_\_\_

☐ Oui ☐ Non

Autorise le directeur de l'accueil de loisirs à faire soigner mon enfant et à faire pratiquer toute intervention d'urgence, éventuellement sous anesthésie générale, selon les prescriptions du corps médical.

☐ Oui ☐ Non

Autorise mon enfant à participer à l'ensemble des activités proposées dans le cadre de l'accueil de loisirs.

☐ Oui ☐ Non

Autorise mon enfant de 10-12 ans à arriver seul à l'accueil de loisirs et/ou à rentrer seul à la fin des activités.

Préciser l'heure d'arrivée : \_\_\_\_\_

Préciser l'heure de départ : \_\_\_\_\_

☐ Oui ☐ Non

Autorise mon enfant à quitter le lieu d'activité avec :

Nom et prénom et lien de parenté : \_\_\_\_\_

Nom et prénom et lien de parenté : \_\_\_\_\_

Nom et prénom et lien de parenté : \_\_\_\_\_

☐ Oui ☐ Non

Autorise l'équipe d'animation à photographier, filmer, diffuser et publier l'image de mon enfant dans le cadre de la communication Léo Lagrange ou de la commune.

☐ Oui ☐ Non

A pris connaissance du Règlement intérieur.

Fait à \_\_\_\_\_, le \_\_\_\_\_ Signature :

**Autres pièces à fournir :**

- ☐ Copie vaccinations de l'enfant à jour
- ☐ Attestation Allocataire CAF/MSA (ou avis d'imposition avec revenus de l'année N-2)
- ☐ Copie attestation d'assurance en responsabilité civile pour l'enfant
- ☐ Justificatif de domicile datant de - 3 mois
- ☐ Formulaire d'inscription pour le période complété
- ☐ Attestation d'emploi sur la période pour les 2 parents (en cas de demande prioritaire, cf. attestation type)