

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	Régime alimentaire : <input type="checkbox"/> Sans porc <input type="checkbox"/> Sans viande <input type="checkbox"/> Autre		
	Vaccins :		
	<u>DT Polio / Trétracoq</u> 1 ^{er} vaccin : .../.../..... 2 ^{ème} vaccin : .../.../..... 3 ^{ème} vaccin : .../.../..... Dernier rappel : .../.../.....		
	<u>Autres Vaccinations</u> 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) :		
	<i>Difficultés de santé et/ou recommandations des parents :</i>		
R E S P O N S A B L E	NOM	Prénom	Portable : / / / /
	PROFESSION	EMPLOYEUR	
	LIEU (trav.)	TELEPHONE (travail) :	
	LIEN DE PARENTÉ <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 PARENTÉ <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)**