

FICHE ANNUELLE DE RENSEIGNEMENTS 2018/2019 (valable jusqu'au 31/08/2019)

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) : <p style="text-align: center;"><i>Difficultés de santé et/ou recommandations des parents :</i></p>
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 : N° sécurité sociale rattachement enfant : 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 :

Pièces à fournir :

- Photocopie des vaccinations à jour.
- Attestation d'Allocataire CAF, MSA ou autre régime.
- Copie attestation d'assurance en responsabilité civile pour l'enfant.
- Copie attestation carte vitale.
- Justificatif de domicile datant de - 3 mois.