

FICHE ANNUELLE DE RENSEIGNEMENTS 2022/2023 (valable jusqu'au 31/08/2023)

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.....
	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
	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 dernier avis d'imposition)
- 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)