

FICHE ANNUELLE DE RENSEIGNEMENTS 2026/2027 (valable jusqu'au 31/08/2027)

ACCUEIL DE LOISIRS

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

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)