



## ACCUEIL DE LOISIRS – FICHE RENSEIGNEMENT

### REFERENCE DE L'ENFANT

Nom de l'enfant :

Prénom :

Date de naissance : .....

Sexe :

Garçon

File



Ecole : ..... Classe 2016/2017 : .....

Nom de l'enseignant (e) : .....

### RESPONSABLES DE L'ENFANT


**Mère** ou tutrice légale : Nom et Prénom .....

Adresse : .....

 .....  .....

E-mail(s) : .....

Profession : ..... Employeur : .....

Adresse de l'employeur : ..... 

N° Allocataire CAF (**obligatoire**) : ..... Caisse : .....



Quotient Familial : .....

N° de Sécurité Sociale : .....

Assurance Responsabilité civile et Extrascolaire : .....


**Père** ou tuteur légal : Nom et Prénom .....

Adresse : .....

 .....  .....

E-mail(s) : .....

Profession : ..... Employeur : .....

Adresse de l'employeur : ..... 

N° Allocataire CAF (**obligatoire**) : ..... Caisse : .....

Quotient Familial : .....

N° de Sécurité Sociale : .....

Assurance Responsabilité civile et Extrascolaire : .....

### En cas de problème, si les parents sont injoignables, personnes à prévenir en cas d'urgence

M ou Mme : .....  ..... 

M ou Mme : .....  ..... 

M ou Mme : .....  ..... 

Facture mensuelle à envoyer à : M ou Mme .....

Adresse : .....

# ACCUEIL DE LOISIRS

## FICHE SANITAIRE 2016 / 2017

PHOTO

NOM, adresse et n° de téléphone du médecin traitant : .....

.....  .....

**GROUPE SANGUIN DE VOTRE ENFANT** : .....

### VACCINATIONS (Antipoliomyélitique, Antidiphthérique, Antitétanique, Anticoqueluche ...)

Joindre **obligatoirement** les **photocopies** des pages correspondantes du **carnet de santé** ou du certificat de **vaccinations** de l'enfant.

### ALLERGIES ALIMENTAIRES OU AUTRES

Joindre **obligatoirement** un certificat médical précisant les sources d'allergies de l'enfant.

Votre enfant mange-t-il du porc ? OUI  NON

Votre enfant mange-t-il de la viande ? OUI  NON

Actuellement, l'enfant suit-il un ou plusieurs traitements ? : OUI  NON


Si oui, le(s)quel(s) :


Si l'enfant doit suivre un traitement, n'oubliez pas de nous apporter l'ordonnance du médecin avec les médicaments correspondants.


**Je soussigné(e) ....., responsable légal de l'enfant (nom, prénom) ....., autorise l'équipe de Direction à faire pratiquer toutes les interventions médicales ou chirurgicales d'urgence en cas de besoin immédiat selon les prescriptions du corps médical consulté. Je m'engage par ailleurs, à rembourser le montant des frais médicaux.**

### DECHARGE DE RESPONSABILITE :

J'autorise mon enfant à quitter le lieu d'animation avec :

M ou Mme : .....  .....

M ou Mme : .....  .....

M ou Mme : .....  .....

M ou Mme : .....  .....

### DROIT DES LIBERTES

J'autorise la prise de photos ou vidéos : OUI  NON

J'autorise la diffusion de photos ou vidéos : OUI  NON

J'autorise le transport de mon enfant en bus ou minibus : OUI  NON

Fait à Valdoie le : .....

Signature du Responsable légal :