



# FICHE DE RENSEIGNEMENTS

**ALSH**

6 Rue Gustave Fougère

04-73-60-08-43

63530 SAYAT

07-86-27-75-61

(Si absent merci de laisser un message avec vos coordonnées)

**Tous les renseignements demandés doivent être indiqués**

## LE JEUNE

Nom : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_

Date de naissance : \_\_\_\_\_ Lieu de naissance : \_\_\_\_\_ Sexe : Garçon /--/ Fille /--/

Ecole fréquentée par le jeune : \_\_\_\_\_ Classe : \_\_\_\_\_

## RESPONSABLE LEGAL DU JEUNE

Nom et Prénom du responsable légal : _____		Nom et Prénom de l'autre parent : _____	
Adresse : _____		Adresse : _____	
Profession : _____	Employeur : _____	Profession : _____	Employeur : _____

Situation des parents : célibataire pacsé(e) marié(e) séparé(e) divorcé(e) veuf(ve) *Rayer les mentions inutiles*

En cas de divorce les deux parents ont-ils l'autorité parentale ? OUI /--/ NON /--/

Adresse habituelle où vit le jeune : \_\_\_\_\_

## TELEPHONES

Domicile (père) : _____	Portable (père) : _____	Travail (père) : _____
Domicile (mère) : _____	Portable (mère) : _____	Travail (mère) : _____
Portable du jeune : _____	Autre personne à contacter en cas d'urgence : _____	
	Nom/Prénom : _____	Lien de parenté : _____

## ADMINISTRATIF DIVERS

N° de sécurité sociale du responsable légal (sous lequel le jeune est inscrit) : \_\_\_\_\_ Adresse de votre caisse : \_\_\_\_\_

**N° Allocataire CAF**  
du responsable légal : ( à nous fournir même si vous touchez pas de prestations) \_\_\_\_\_ Adresse de votre caisse : \_\_\_\_\_

**Assurances :** Les familles doivent être assurés en **responsabilité civile et individuelle accident** pour leurs enfants  
Merci de demander à votre assureur de vérifier que vous êtes bien assuré si votre enfant participe au centre de loisirs

## RENSEIGNEMENTS MEDICAUX

Vaccinations :	Vaccins obligatoires	Oui ou Non	Dernier rappel	Vaccins recommandés	Oui ou Non	Date	Nota : le vaccin anti-tétanique ne présente aucune contre-indication.
(se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccinations de l'enfant, joindre une copie)	Diphtérie			Hépatite B			
	Tétanos			Rubéole			
	Poliomyélite ou DT polio			Coqueluche			
	ou Tétracoq			Autres (préciser)			
	B.C.G.						

Joindre un certificat de contre-indication du vaccin dans le cas où l'enfant n'a pas été immunisé par les vaccins obligatoires.

**Allergies :** médicamenteuses  oui  non asthme  oui  non  
alimentaires  oui  non autres  oui  non

Si allergie merci de préciser la cause de l'allergie et la conduite à tenir : \_\_\_\_\_

Un P.A.I. est il signé avec l'école ? : Oui / Non *Rayer les mentions inutiles*

**L'enfant a-t-il déjà eu les maladies suivantes ?** *Rayer les mentions inutiles*

Rubéole	Oui / Non	Varicelle	Oui / Non	Angine	Oui / Non	Scarlatine	Oui / Non
Coqueluche	Oui / Non	Otite	Oui / Non	Rougeole	Oui / Non	Oreillons	Oui / Non

Indiquer les **difficultés de santé** (maladie, accident, crises convulsives, hospitalisation, opération, rééducation) en précisant les dates et les **précautions à prendre**.

En signant ce document, **je déclare exacts** les renseignements portés sur cette fiche (*toutes modifications doivent nous être communiquées*), **autorise** l'Accueil de loisirs à prendre, le cas échéant, toutes mesures (*traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale*) rendues nécessaires par l'état de l'enfant, **autorise** mon enfant à participer à toutes les activités proposées par l'Accueil de loisirs et atteste avoir pris connaissance du projet éducatif et du règlement intérieur.

Rappel : pour les jeunes, nous ne vérifions pas avec qui ils arrivent et repartent . Il est donc considéré qu'ils repartent seuls.

Fait à \_\_\_\_\_ le \_\_\_\_\_ Signature : \_\_\_\_\_

**Votre adresse mail:** \_\_\_\_\_