



FICHE DE RENSEIGNEMENTS

ALSH

6 Rue Gustave Fougère
63530 SAYAT

04-73-60-08-43
07-86-27-75-61

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

**Tous les
renseignements
demandés doivent
être indiqués**

L'ENFANT

Nom : _____ Prénom : _____
 Date de naissance : _____ Lieu de naissance : _____ Sexe : Garçon /--/ Fille /--/
 Ecole fréquentée par l'enfant : _____ Classe : _____

RESPONSABLE LEGAL DE L'ENFANT

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)

Autre personne habilité à venir chercher votre enfant _____
 Nom/Prénom _____ Lien de parenté : _____
 Autre personne habilité à venir chercher votre enfant _____
 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 ou MSA 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			Coqueluche			
	ou DT polio			Autres (préciser)			
	ou Tétracoq						
	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**.

Merci de Vérifier les informations d'une année sur l'autre

Année scolaire :				
Date				
Signatures				

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.