



# FICHE DE RENSEIGNEMENTS PARENTS / ENFANTS

Valable uniquement de la rentrée jusqu'au 31 août de chaque année

Cette fiche vaut pour :

La Restauration Scolaire / L'Accueil de Loisirs sans hébergement / L'Accueil Périscolaire

NOM DE L'ENFANT.....PRENOM.....Fille  Garçon

DATE DE NAISSANCE : .....

Mon enfant réside chez PÈRE  MÈRE  GARDE ALTERNEE  PARENTS

École Fréquentée.....Nom Instituteur .....

Primaire  Maternelle  Collège

	<u>PÈRE</u>	<u>MÈRE</u>
NOM		
PRENOM		
ADRESSE		
CODE POSTAL		
COMMUNE		
PROFESSION		
NOM EMPLOYEUR		
ADRESSE EMPLOYEUR		
TELEPHONE DOMICILE		
TEL. PORTABLE		
Tel. PROFESSIONNEL		
ADRESSE MAIL		

Numéro Allocataire CAF : .....Régime Général  Régime MSA

Nombre d'enfants à charge : .....

Nom assurance RC Famille ou Extra-scolaire : .....

JOINDRE OBLIGATOIREMENT L'ATTESTATION D'ASSURANCE AVEC LE NOM DE L'ENFANT AVEC CETTE FICHE

Valable uniquement de la rentrée jusqu'au 31 août de chaque année

## FICHE ENFANT

Médecin Traitant .....  
Code Postal : 63..... Ville..... Tel. : 04 73 \_\_\_\_\_

### VACCINATIONS

**JOINDRE IMPERATIVEMENT** la copie des 2 pages « vaccinations » du carnet de Santé avec le nom de votre enfant  
Si l'enfant n'est pas vacciné, préciser les raisons.....

### TRAITEMENTS MEDICAL ou SURVEILLANCE PARTICULIERE

Votre enfant suit un traitement médical **OUI**  **NON**  Si oui, lequel : .....

**Fournir impérativement un certificat médical**

### ALLERGIES ALIMENTAIRES-MEDICAMENTEUSES-AUTRES

Votre enfant suit-il un régime particulier ? **OUI**  **NON**

Si oui, lequel : .....

Votre enfant a-t-il des allergies alimentaire ou médicamenteuse **OUI**  **NON**

Si oui, lequel : .....

**Fournir impérativement un certificat médical**

**Si votre enfant nécessite une prise en charge particulière** (Traitement-Repas), veuillez prendre contact avec le Responsable de Service afin **d'établir un Projet d'Accueil Individualisé (PAI)** signé avec le médecin scolaire de l'école et l'Accueil de Loisirs **OUI**  **NON**

Le cas échéant notez les renseignements utiles et nécessaires (Handicap-Recommandations-Précautions à prendre : .....

### RENSEIGNEMENTS SPORTIFS ET AUTORISATIONS

J'autorise mon enfant à aller à la piscine **OUI**  **NON**  Sait -il nager ? **OUI**  **NON**

J'autorise mon enfant à participer à toutes les sorties en cars et autres organisées par l'ALSH ? **OUI**  **NON**

J'autorise mon enfant à partir seul de l'Accueil de Loisirs, **OUI**  **NON**

J'autorise mon enfant à partir seul de l'Accueil Périscolaire, **OUI**  **NON**

**JOINDRE UNE AUTORISATION ECRITE,  
SAUF COLLEGIENS**

J'autorise la / les personnes(s) à venir chercher mon enfants(s) autres que les parents :

M..... Tel..... M..... Tel.....

M..... Tel..... M..... Tel.....

### DECLARATION DU RESPONSABLE LEGAL (à compléter et à signer)

Je soussigné ou nous, soussignés

M et Mme..... Responsables légaux de l'enfant inscrit

M et Mme..... Exerçant l'Autorité Parentale

Atteste que mon enfant est à jour de ses vaccinations

Autorise mon enfant à participer à toutes les activités proposées par l'Accueil de Loisirs

Autorise les personnes dont les noms sont mentionnés ci-dessus, à prendre en charge mon enfant à la fin de l'accueil périscolaire et / ou de l'accueil de loisirs

Autorise le directeur de l'accueil de loisirs à faire soigner mon enfant et à faire pratiquer les interventions d'urgence, suivant les prescriptions du médecin de l'accueil de loisirs

Autorise l'utilisation de photos prises de mon enfant sur les supports de communication de l'organisateur (en cas de désaccord, joindre une attestation de non autorisation manuscrite)

M'engage à payer l'intégralité du montant dû incombant à la famille à réception de la facture

Déclare avoir pris connaissance du règlement intérieur , de l'accueil périscolaire et de l'accueil de loisirs

A.....le ...../...../.....

SIGNATURE(S)