

FICHE DE RENSEIGNEMENT

ENFANT

Nom : _____ Assurance et N° : _____
 Prénom : _____ Responsabilité civile : _____
 Né(e) le : _____
 Ets Scolaire : _____

RESPONSABLE LÉGAL : PÈRE

Nom(s) / Prénom(s) : _____ N° Sécurité Sociale : _____
 Adresse : _____ N° CAF : _____
 CP / VILLE : _____ N° MSA : _____
 tél : _____
 Portable _____
 Email : _____
 Profession: _____
 tél Employeur : _____
 * rayer la mention inutile

RESPONSABLE LÉGAL : MÈRE

Nom(s) / Prénom(s) : _____ N° Sécurité Sociale : _____
 Adresse : _____ N° CAF : _____
 CP / VILLE : _____ N° MSA : _____
 tél : _____
 Portable _____
 Email : _____
 Profession: _____
 tél Employeur : _____

DÉPLACEMENT DE L'ENFANT

AUTORISATION DE RETOUR SEUL(E)	OU	NON AUTORISÉ(E) À PARTIR SEUL(E)	
Personne habilitée à venir	NOM Prénom :	Tél. :	<i>Situation **</i>
chercher le ou les enfants	NOM Prénom :	Tél. :	
	NOM Prénom :	Tél. :	
	NOM Prénom :	Tél. :	

** (indiquer la situation par rapport à l'enfant : conjoint, grand-parents, oncle, ami, ...)

JE SOUSSIGNÉ M. OU MME.....
 RESPONSABLE LÉGAL DE L'ENFANT.....
 DÉCLARE EXACT LES RENSEIGNEMENTS PORTÉS SUR CETTE FICHE.
 AUTORISE mon enfant à participer aux sorties et activités proposées par le centre de loisirs
 AUTORISE le centre de loisirs à prendre en photo ou à filmer mon enfant, dans le cadre des activités et pour le site Internet.
 AUTORISE le centre de loisirs à faire hospitaliser mon enfant en cas d'ACCIDENT GRAVE

- Pièces à fournir :**
 Attestation CAF ou numéro d'allocataires
 Bons MSA
 Certificat Médical aptitude aux activités sportives et non contagieuses
 Photocopie attestations cartes vitales
 Responsabilité civile

Fait à :
 Le :
 SIGNATURE

* Si vos enfants utilisent des services différents (periscolaire, ALSH),
 Merci de bien vouloir remplir une fiche sanitaire par enfant.

MÉDECIN TRAITANT :
 Nom :
 TÉL :

NOUS NE SOMMES PAS AUTORISÉS À DONNER DES MÉDICAMENTS AUX ENFANTS

RENSEIGNEMENTS ENFANT (S Mon ou mes enfants sont à jour de leurs vaccinations)

NOM :
 PRÉNOM :
 Date de naissance :

DERNIÈRES VACCINATIONS	
BCG	Le :
DT POLIO	Le :
R.O.R	Le :
HÉPATITE	Le :
AUTRES	Le :

RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX <i>Maladies déjà contractées</i> <i>Rayer les mentions inutiles</i>	RUBÉOLE
	VARICELLE
	SCARLATINE
	COQUELUCHE
	OTITES
	ROUGEOLE
	OREILLONS
ASTHMES	
Autre :	

Tratement médical actuel

ALLERGIES
 Si allergie merci de fournir une photo de votre enfant

Mon enfant sait nager :
 oui
 non

Renseignements supplémentaires :

Signature du responsable légal :