



FICHE DE RENSEIGNEMENTS **ALSH 3/10 ANS DE LAHONCE**

Année scolaire 2019/2020

RENSEIGNEMENTS CONCERNANT L'ENFANT

Nom : Prénom :
Date et lieu de naissance :

RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LA FAMILLE

Situation familiale : Célibataire Marié(e) Veuf (ve) Séparé(e)
N° de Sécurité sociale :
N° allocataire CAF :

Mère

Nom : Prénom :
Adresse :
Téléphone fixe : Portable :
Profession : Mail :

Père

Nom : Prénom :
Adresse :
Téléphone fixe : Portable :
Profession : Mail :

Assurance responsabilité civile :

Assurance : N° du contrat :

RENSEIGNEMENTS SANITAIRES

L'enfant doit-il suivre un traitement médical ? OUI NON

(si oui joindre une ordonnance récente et les médicaments correspondants dans leurs boîtes d'origine, avec la notice, et marquées au nom de l'enfant).

Attention : **aucun médicament ne pourra être pris sans ordonnance**

L'enfant a-t-il déjà eu les maladies suivantes? (rayer la mention inutile)

Rubéole: OUI /NON	Varicelle: OUI / NON	Angine: OUI / NON	Scarlatine: OUI / NON	Coqueluche: OUI /NON
Otite: OUI / NON	Rougeole: OUI / NON	Oreillons: OUI /NON	Rhumatisme articulaire aigu: OUI / NON	

Vaccinations obligatoires	Oui	Non	Dates derniers rappels	Dates des prochaines vaccinations
DTP				
TETRACOQ				
BCG				
HEPATITHE B				

(Se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccinations du jeune)

Allergies : Médicamenteuses : OUI NON Si OUI, lesquelles :
Alimentaires : OUI NON Si OUI, lesquelles :

Groupe sanguin :

Antécédents pathologiques :

Médecin traitant :

Nom : Ville :

Téléphone :

PERSONNES AUTORISÉES À RÉCUPÉRER L'ENFANT :

..... N° de tel

..... N° de tel

..... N° de tel

AUTORISATION PARENTALE OBLIGATOIRE

Je soussigné(e),

Père, mère, tuteur, responsable légal de l'enfant :

Déclare inscrire mon enfant à l'accueil de loisirs et l'autorise à pratiquer l'ensemble des activités et sorties proposées à l'exception de :

Autorise les directeurs et les animateurs à faire soigner mon enfant et à faire pratiquer les interventions d'urgences, éventuellement sous anesthésie générale, suivant les prescriptions médicales.

M'engage à payer la part des frais de séjour incombant à la famille, les frais médicaux d'hospitalisation et d'opérations éventuels.

Autorise N'autorise pas Le directeur et les animateurs à utiliser les photos et vidéos de mon enfant (classeur souvenirs, video de vacances, facebook privé E.JL)

Certifie l'exactitude des renseignements portés sur cette fiche.

Date:.....

Signature du responsable légal,
Mme, Melle, Mr,

(Précédée de la mention manuscrite,
« lu et approuvé »)