

**MATERNEL**  
 **ELEMENTAIRE**

Nom de l'enfant : ..... Prénom : .....

Date de naissance : ..... Sexe: .....

Adresse : ..... Code postal : ..... Ville : .....

N° de sécurité sociale : ..... N° allocataire CAF : .....

Régime d'appartenance : .....(sécurité sociale, MSA, Maritime,...)

### *SITUATION FAMILIALE*

célibataire  mariés  séparés  divorcés  veuf(ve)  vivant maritalement  pacsés

Nom du responsable légal : .....

Nom du père : .....

Prénom : .....

Lieu de travail : .....

Téléphone du domicile ..... / ..... / ..... / ..... / .....

Téléphone portable ..... / ..... / ..... / ..... / .....

Téléphone au travail ..... / ..... / ..... / ..... / .....

Courriel : .....

Nom de la mère: .....

Prénom : .....

Lieu de travail : .....

Téléphone du domicile ..... / ..... / ..... / ..... / .....

Téléphone portable ..... / ..... / ..... / ..... / .....

Téléphone au travail ..... / ..... / ..... / ..... / .....

Courriel : .....

Si les parents sont séparés ou divorcés, merci de nous donner l'extrait de jugement (pour la garde).

### *QUI PREVENIR EN CAS D'URGENCE : si les parents sont injoignables*

Nom et prénom : ..... Lien de parenté : .....

Téléphone domicile : ..... / ..... / ..... / ..... / .....

Téléphone portable : ..... / ..... / ..... / ..... / .....

Téléphone au travail ..... / ..... / ..... / ..... / .....

### *RENSEIGNEMENTS MEDICAUX :*

#### **MEDECIN TRAITANT :**

Nom et Prénom : .....

Téléphone : ..... / ..... / ..... / ..... / .....

Ville : .....

#### **L'enfant suit-il un traitement médical de longue durée ?**

OUI  NON Si oui, joindre une ordonnance récente et les médicaments correspondants.

**Si un traitement médical doit survenir en cours d'année, merci de le signaler à l'équipe d'animation et de joindre une ordonnance récente et les médicaments correspondants.**

**Aucun médicament ne pourra être pris sans ordonnance. Les animateurs n'ont pas le droit d'administrer les médicaments aux enfants.**

En cas de problèmes particuliers de santé, prendre contact avec l'équipe d'animation.

**Attention concernant certaines pathologies un dossier P.A.I. doit être rempli**

#### **ALLERGIES : (précisez si un traitement doit être administré)**

OUI  NON Si oui, lesquelles :

.....  
.....

**Il est rappelé que le prestataire des repas ne fourni pas de repas spéciaux pour les enfants allergiques**



Je soussigné, ....., responsable légal autorise mon enfant dans le cadre de l'ALSH et de l'ALP

- à être pris en photographie pour des articles de presse, des plaquettes d'informations,...

OUI       NON

- à participer à toutes les activités (physiques, initiations sportives, manuelles, culturelles,...)

OUI       NON

- à concevoir et consommer des préparations culinaires sur place

OUI       NON

#### **Pour les enfants scolarisés à partir du CP**

- à quitter l'ALSH/ALP

**SEUL**      ALP (garderie)       OUI à midi ...h.... le soir....h....       NON

**SEUL**      ALSH (mercredi/vacances)       OUI à midi ...h.... le soir....h....       NON

Si oui, précisez l'heure de départ sur cette fiche, sinon votre enfant quittera la structure à l'heure de fermeture.

**J'atteste avoir pris connaissance du règlement intérieur de la structure et l'approuve.**

**Le règlement intérieur des Accueil de Loisirs est affiché dans les structures et il est également consultable et téléchargeable sur le site de la Commune ([www.boujansurlibron.com](http://www.boujansurlibron.com))**

#### **PERSONNES AUTORISEES A RECUPERER MON ENFANT**

Nom et prénom : ..... Lien de parenté : .....

Téléphone domicile : ..... / ..... / ..... / ..... / .....

Téléphone portable ..... / ..... / ..... / ..... / .....

Téléphone au travail ..... / ..... / ..... / ..... / .....

Nom et prénom : ..... Lien de parenté : .....

Téléphone domicile : ..... / ..... / ..... / ..... / .....

Téléphone portable ..... / ..... / ..... / ..... / .....

Téléphone au travail ..... / ..... / ..... / ..... / .....

Si votre enfant n'est pas autorisé à quitter seul la structure, Il ne pourra partir du centre qu'en présence d'un représentant légal ou d'une personne citée sur la liste ci-dessus et en possession d'une pièce permettant son identification.

Si votre enfant doit fréquenter l'ALSH/ALP, il convient de l'inscrire. Sans inscription de votre part, la structure dégage toute responsabilité si l'enfant n'est pas pris en charge.

Votre enfant doit être remis à un animateur dans l'enceinte de l'ALSH (le matin et l'après-midi) et de l'ALP (le matin et à 13H). **En cas d'absence veuillez le signaler au centre.**

Je soussigné(e), responsable légal de l'enfant (cité ci-dessus) déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche recto verso et autorise le responsable de l'Accueil de Loisirs à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale, anesthésies locale et générale, faire intervenir le médecin traitant et/ou celui attaché à la structure, faire appel aux services d'urgence) rendues nécessaires par l'état de l'enfant.

Je m'engage également à informer l'équipe d'animation de l'Accueil de Loisirs (ALSH / ALP) si des informations devaient être modifiées.

Fait le ..... à ..... Signature du responsable légal :

**ALSH / ALP MUNICIPAL :**  
**rue A. Malraux, téléphone 04.67.11.94.18**  
**Courriel ALSH/ALP : [stephan.berail@boujansurlibron.com](mailto:stephan.berail@boujansurlibron.com)**