

Nom de l'enfant : Prénom :

Date de naissance : Sexe:

N° de sécurité sociale : N° allocataire CAF :

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

Adresse : Code postal : Ville :

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 les maladies chroniques 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 fournit 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

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.boujansurllibron.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 / / / /

Nom et prénom : Lien de parenté :

Téléphone domicile : / / / /

Téléphone portable / / / /

Téléphone au travail / / / /

L'enfant ne pourra quitter le 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 Maternel : rue Pierre et Marie Curie, téléphone 04.67.30.07.73

ALSH / ALP + de 6 ans : rue des Ecoles, téléphone 04.67.11.94.18

Courriel ALSH/ALP : stephan.berail@boujansurllibron.com