

NOM : Date de naissance : Ecole fréquentée :	PRENOM : <input type="checkbox"/> garçon <input type="checkbox"/> fille Classe :
---	---

<input type="checkbox"/> Parent 1 <input type="checkbox"/> Responsable légal	Parent 2
Nom Prénom :	Nom Prénom :
Adresse :	Adresse :
Téléphone domicile : Téléphone portable : Téléphone travail :	Téléphone domicile : Téléphone portable : Téléphone travail :
Email :	Email :

Adresse où vit l'enfant (si différente de celle des parents) :

Situation des parents : célibataire pacsé(e) marié(e) séparé(e) divorcé(e) veuf(ve) concubinage
En cas de divorce, les deux parents ont-ils l'autorité parentale ? oui non
Fournir tout document relatif à la garde de l'enfant en cas de divorce

Personnes autorisées à venir chercher l'enfant (en plus des parents)	
Nom Prénom :	Nom Prénom :
Téléphone :	Téléphone :
Lien avec l'enfant :	Lien avec l'enfant :

Administratif	
N° Allocataire CAF :	Nom de l'allocataire CAF :
N° MSA du responsable légal :	Nom de l'allocataire MSA :

Assurances : les familles doivent être assurées en responsabilité civile et individuelle accident pour leurs enfants.
Merci de demander à votre assureur si vous êtes bien assurés quand votre enfant participe aux activités du Centre Social

Renseignements médicaux
Vaccins : joindre une copie du carnet de vaccinations à jour <i>Si votre enfant n'a pas les vaccins obligatoires (DTP), joindre un certificat médical de contre-indication.</i>
<input type="checkbox"/> Allergies médicamenteuses <input type="checkbox"/> Allergies alimentaires <input type="checkbox"/> Asthme <input type="checkbox"/> Autre : Précisez et indiquez la conduite à tenir en cas de problème :
Un PAI est-il signé avec l'école ? <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
Votre enfant a-t-il déjà eu les maladies suivantes : <input type="checkbox"/> rubéole <input type="checkbox"/> coqueluche <input type="checkbox"/> varicelle <input type="checkbox"/> otite <input type="checkbox"/> angine <input type="checkbox"/> rougeole <input type="checkbox"/> scarlatine <input type="checkbox"/> oreillons
J'autorise mon enfant à rentrer seul chez lui : <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non <i>(pour les enfants à partir de 8 ans)</i>
Droit à l'image : <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non <i>dans un usage éducatif et lié aux activités du Centre Social (presse, expo photos, communication externe sur support papier et numérique, réseaux sociaux)</i>

Si votre enfant suit un traitement médical pendant son séjour en ALSH, merci de joindre une ordonnance récente, un mot des parents et les médicaments correspondants (boîtes de médicaments dans leur emballage d'origine marquées au nom de l'enfant avec la notice). Aucun médicament ne pourra être donné sans le respect de ces demandes.

En signant ce document, je déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche (toutes modifications doivent nous être communiquées), j'**autorise** l'Accueil de loisirs à prendre toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de santé de l'enfant (ceci suivant les prescriptions d'un médecin et/ou un service d'urgence seuls habilités à définir un hôpital de secteur), **autorise** mon enfant à participer à toutes les activités proposées par l'Accueil de loisirs et **atteste** avoir pris connaissance du projet éducatif et du règlement intérieur disponibles à l'affichage.

Date :

Signature :