

## FICHE DE RENSEIGNEMENT 2019-2020

### ENFANT :

NOM : .....

PRENOM : .....

AGE : .....

DATE DE NAISSANCE : .....

ECOLE : .....

CLASSE : .....

Enfant Nageur

Enfant Non Nageur

N° Assurance (extra-scolaire) et nom de l'organisme (Fournir une copie de l'attestation d'assurance) :

.....

### RESPONSABLE LEGAL :

Situation familiale : .....

Mère  Père

Autre (Grands-parents, Tuteur)

Nom : .....

Adresse : .....

Prénom : .....

CP/Commune : .....

Tel Fixe : .....

Tel Portable : .....

Email : .....

Tel Employeur : .....

Mère  Père

Autre (Grands-parents, Tuteur)

Nom : .....

Adresse : .....

Prénom : .....

CP/Commune : .....

Tel Fixe : .....

Tel Portable : .....

Email : .....

Tel Employeur : .....

Régime Général N° Allocataire CAF : ..... Quotient Familial : .....

Régime Agricole N° Allocataire MSA : .....

Autres Régime

**Fournir une copie de l'attestation du quotient familial,**

en l'absence de ce justificatif la collectivité appliquera le tarif maximum.

### AUTORISATIONS :

Autres personnes autorisées à venir chercher l'enfant (Nom, Prénom et Tel) :

.....

.....

J'autorise l'enfant : .....

à utiliser le service du bus de l'accueil de loisirs ou d'un transporteur agréé, lors des divers déplacements liés aux activités : OUI  NON

à être pris en photo ou filmé dans le cadre de la valorisation des activités, et à être diffusé sur le site internet, les réseaux sociaux et les programmes de la collectivité. OUI  NON

à rentrer seul : OUI  NON

# FICHE SANITAIRE DE LIAISON

L'enfant suit-il un traitement médical : OUI  NON

Si oui joindre une ordonnance à jour 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 ordonnance.

## **ALLERGIES :**

Asthme : OUI  NON  Médicamenteuse : OUI  NON   
Alimentaires : OUI  NON  Autres : .....

Précisez la cause de l'allergie et la conduite à tenir (si automédication le signaler) :

.....  
.....

## **AUTRES :**

Indiquez les difficultés de santé (maladie, accident, opération, ...) en précisant les dates et les précautions à prendre :

.....  
.....

Recommandations utiles des parents (lunettes, prothèses auditives, ...) :

.....  
.....

Groupe Sanguin (facultatif) : .....

Nom et tel. du médecin traitant (facultatif) : .....

Copie des vaccinations à jour (DTP)

Je soussigné(e) ..... responsable légal de l'enfant.....,

déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise le responsable de l'Accueil de loisirs et les secours à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de l'enfant.

Je certifie avoir pris connaissance du règlement intérieur et en accepte les conditions.

**Date :**

**Signature :**



**Accueil de loisirs sans hébergement d'Églisolles**

Ligne directe • 04 73 72 31 23

15 avenue du 11 Novembre 63600 Ambert • 04 73 72 71 40 • [accueil@ambertlivradoisforez.fr](mailto:accueil@ambertlivradoisforez.fr)

[www.ambertlivradoisforez.fr](http://www.ambertlivradoisforez.fr)