

## Fiche de renseignement ALSH 2022

### Renseignement sur l'enfant

**NOM :** \_\_\_\_\_ **PRENOM :** \_\_\_\_\_

**Date de naissance :** \_\_\_\_\_ **Classe :** \_\_\_\_\_

**Etablissement scolaire :** \_\_\_\_\_

	Responsable légal 1 Lien avec l'enfant :	Responsable légal 2 Lien avec l'enfant :
<b>Nom</b>		
<b>Prénom</b>		
<b>Adresse</b>		
<b>CP/ville</b>		
<b>☎ dom</b>		
<b>☎ mobile</b>		
<b>☎ bureau</b>		
<b>Courriel</b>		

**Adresse facturation si différente du responsable légal :** \_\_\_\_\_

**Nom de la compagnie et numéro de contrat de l'assurance scolaire :** \_\_\_\_\_

**N° allocataire CAF et nom responsable dossier :** .....

**Joindre la carte Vacances Loisirs de la CAF**

### Autorisations

Je soussigné(e) ..... en qualité de .....

➤ autorise l'enfant .....

A participer à toutes les activités OUI  NON

A prendre les transports collectifs dans le cadre des activités (bus, mini-bus) OUI  NON


A utiliser des photos et des vidéos de mon enfant (activités) pour des supports internes OUI  NON

A utiliser des photos et des vidéos de mon enfant visible sur le site de la CCPHG OUI  NON

A utiliser des photos et des vidéos de mon enfant visible sur les réseaux sociaux OUI  NON

Le Centre de Loisirs décline toutes responsabilités en cas de perte ou de détérioration d'objet appartenant aux enfants

**Hors responsables légaux,  
Personnes autorisées à venir chercher l'enfant**

Nom	Prénom	Qualité	

Fournir un jugement de divorce en cas de non autorisation de récupérer l'enfant par un responsable legal

**FICHE SANITAIRE DE LIAISON**

**VACCINATIONS**

**JOINDRE LES PHOTOCOPIES DU CARNET DE VACCINATIONS**

si l'enfant n'est pas vacciné , joindre un certificat de contre indication

**Renseignements médicaux concernant l'enfant**

- **Protocole d 'Accueil Individualisé (PAI )**      si oui fournir copie      OUI  NON
- **Maladie chroniques**      : asthme,convulsion,diabète, autres (précisez)      .....
- **Réactions allergiques**      : médicaments,aliments autres (précisez)      .....
- **L'enfant suit-il un régime alimentaire**      (sur prescription médicale) ?      OUI  NON
- **L'enfant suit-il un traitement médical ?**      OUI  NON
- **Autre difficultés de santé :** maladie,accident,hospitalisation,opération (la date)  
.....

**Précaution à prendre pour certaines activités sportives**

- **Appareillages :**      lunettes, lentilles de contact, appareil dentaire, autre (précisez) :
  
- **Antécédents particuliers :** fractures, entorses, autres (précisez) :  
.....

**Médecin traitant**

Nom : .....       .....

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

**Attestation du responsable de l'enfant**

Je soussigné(e) : ....., responsable légal,titulaire de l'autorité parentale,de l'enfant ..... déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise le responsable d'établissement à prendre ,le cas échéant, toutes mesures(traitement médical hospitalisation,intervention chirurgicale ) rendues nécessaires par l'état de santé de l'enfant.

**Date :**

**Signature :**