



Accueil de Loisirs

FICHE DE RENSEIGNEMENTS

ENFANTS DE 14 à 17 Ans

Nom de l'enfant :

Prénom :

Domicile :

Date et lieu de naissance :

Nombre de frères et sœurs :

	Téléphone	Père	Mère
N° Tél Domicile :	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

N° Tél Travail :	<input type="text"/>	<input type="text"/>
------------------	----------------------	----------------------

N° Tél Portable :	<input type="text"/>	<input type="text"/>
-------------------	----------------------	----------------------

Adresse Mail :

FICHE DE RENSEIGNEMENTS ET AUTORISATION DE SORTIE

Nom et prénoms du père : Profession :

Employeur :

Nom et prénoms de la mère : Profession :

Employeur :

Domicile principal :

Les deux parents sont-ils titulaires pleinement *oui* *non*
et conjointement de l'autorité parentale ?

Nom, Adresse et n° de Tél. de toute personne titulaire de l'autorité parentale :

Nom, Adresse et n° de Tél. du médecin à contacter en cas d'urgence :

N° de sécurité sociale	N° allocataire CAF	Assurance scolaire (dénomination)
	N° allocataire M.S.A	N° de contrat

Je soussigné M : agissant pour l'ensemble des titulaires de l'autorité parentale, autorise :

➤ l'enfant à quitter seul la structure aux horaires autorisés (17 h) (Centre de loisirs)
oui *non*

➤ les personnes suivantes à venir chercher l'enfant :

Nom et prénoms des personnes autorisées

<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>

Signature du titulaire de l'autorité parentale :

Fait à , le 20. .

FICHE SANITAIRE DE LIAISON

Conformément à l'arrêté du 20 février 2003 les parents doivent communiquer les informations médicales suivantes :

- vaccinations obligatoires et/ou contre-indications (fournir une copie des pages du carnet de santé relatives aux vaccinations, copie du carnet de vaccination ou attestation d'un médecin)
- antécédents médicaux ou chirurgicaux ou tout autre élément d'ordre médical susceptibles pour les parents ou le représentant légal du mineur d'avoir des répercussions sur le déroulement du séjour.
- Pathologies chroniques ou aiguës en cours. Ils pourront être amenés à fournir un certificat médical de « non contre-indication » suivant le type d'activité physique pratiquée.

Tout document contenant des informations médicales doit être joint à la présente fiche. Prière de compléter le document CERFA n° 10008*02 qui suit.

INDIQUEZ CI-APRÈS :

LES **DIFFICULTÉS DE SANTÉ** (MALADIE, ACCIDENT, CRISES CONVULSIVES, HOSPITALISATION, OPÉRATION, RÉÉDUCATION) EN PRÉCISANT LES DATES ET LES **PRÉCAUTIONS À PRENDRE**.

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

4 - RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS

VOTRE ENFANT PORTE-T-IL DES LENTILLES, DES LUNETTES, DES PROTHÈSES AUDITIVES, DES PROTHÈSES DENTAIRES, ETC... PRÉCISEZ.

.....
.....
.....
.....
.....

5 - RESPONSABLE DE L'ENFANT

NOM.....PRÉNOM.....

ADRESSE (PENDANT LE SÉJOUR).....

.....
.....

TÉL. FIXE (ET PORTABLE), DOMICILE : BUREAU :.....

NOM ET TÉL. DU MÉDECIN TRAITANT
(FACULTATIF).....

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

Date :

Signature :

**A REMPLIR PAR LE DIRECTEUR A L'ATTENTION DES FAMILLES
COORDONNÉES DE L'ORGANISATEUR DU SÉJOUR OU DU CENTRE DE VACANCES**

.....
.....
.....

OBSERVATIONS

.....
.....
.....