

## VOS ENFANTS

Nom et Prénom:.....Date de naissance:..... F  G

## RESPONSABLE LEGAL(E) DE L'ENFANT

- |                                    |                                     |  |                                    |                                     |  |
|------------------------------------|-------------------------------------|--|------------------------------------|-------------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> Père      | <input type="checkbox"/> Mère       | <input type="checkbox"/> Tuteur            | <input type="checkbox"/> Père      | <input type="checkbox"/> Mère       | <input type="checkbox"/> Tuteur            |
| <input type="checkbox"/> Beau-père | <input type="checkbox"/> Belle-Mère | <input type="checkbox"/> Famille d'accueil | <input type="checkbox"/> Beau-père | <input type="checkbox"/> Belle-Mère | <input type="checkbox"/> Famille d'accueil |

Nom et Prénom:.....Nom et Prénom:.....

Adresse:.....Adresse:.....

Code Postal:.....Ville:.....Code Postal:.....Ville:.....

Mail:.....Mail:.....

Tel Domicile:.....Tel Domicile:.....

Tel Portable:.....Tel Portable:.....

Profession:.....Profession:.....

Employeur:.....Employeur.....

Adresse locale le cas échéant: (vacances chez les grands parents, résidence secondaire) :  
.....  
.....

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

Ou n° Allocataire MSA:.....

**Fournir un justificatif de QF ou pour les non allocataires, votre dernier avis d'imposition**

**Sans justificatif, le tarif le plus élevé sera appliqué**

**Ainsi qu'une attestation d'assurance responsabilité civile**

Personnes autorisées à venir chercher l'enfant.....  
.....

Tel : .....

## DECLARATION D'ENGAGEMENT

Je soussigné (e) .....

responsable légal de l'enfant, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise les responsables à prendre, le cas échéant toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de santé de l'enfant et je m'engage à payer la part des frais d'accueil incombant: frais médicaux, d'hospitalisation et d'opérations éventuels.

J'ai pris connaissance et j'accepte le règlement Accueil de Loisirs

Date et Signature:

CETTE FICHE PERMET DE RECUEILLIR LES INFORMATIONS NECESSAIRES A L'ACCUEIL DE VOTRE ENFANT

**VOTRE ENFANT**

Nom et Prénom : .....Date de naissance:.....  F  G

**VACCINATIONS**

Vaccin	Date du dernier rappel
DT Polio	

Fournir une photocopie des vaccinations

**RENSEIGNEMENTS MEDICAUX**

Allergies Asthme Oui  Non  Médicamenteuse Oui  Non   
Alimentaires Oui  Non  Autre Oui  Non

Précisez la cause de l'allergie et la conduite à tenir:

Indiquez ci après les difficultés de santé (maladie, accident, crises convulsives, hospitalisation, opération, rééducation... ) en précisant les dates et précautions à prendre:

Recommandations utiles des parents. Votre enfant porte-t-il des lentilles, des lunettes, des prothèses auditives, des prothèses dentaires, etc... Précisez:

**PERSONNE POUVANT ETRE CONTACTEE LA JOURNEE**

NOM ET PRENOM: ..... Tel Domicile:.....  
LIEN AVEC L'ENFANT:..... Tel Portable:.....

**AUTORISATIONS**

J'autorise mon enfant à être filmé ou photographié Oui  Non   
J'autorise mon enfant à être maquillé Oui  Non   
J'autorise l'association à diffuser son image  
Sur son site internet Oui  Non   
Sur sa page Facebook Oui  Non   
Dans la presse Oui  Non

Date et Signature: