



LIGNAN SUR ORB * Accueil de Loisirs Sans Hébergement

Fiche de Renseignements

Les parents

M. Mme (responsable légal de l'enfant) _____

Adresse _____

Tél. portable (mère) _____ (père) _____

Email _____

Tel autre personne à joindre en cas d'urgence (nounou, famille, amis ...)

Profession du père : _____ tél. travail : _____

Profession de la mère : _____ tél. travail : _____

Régime de sécurité sociale général agricole autre

N° allocataire CAF : _____ (ou) MSA (n° sécurité sociale) : _____

La FAMILLE d'ACCUEIL amis famille ASE-CG34

M. Mme _____

Adresse _____

_____ Email _____

Tél. (dom) _____ (portables) _____

L'ENFANT

NOM : _____

P. A. I. :

Prénom : _____

Repas végétarien

Date de naissance : _____

L'enfant sait-il nager seul(e) (c'est à dire sans brassards et sur l'eau) ? oui non

Brevet ou Certificat de natation fourni

DEPART de l'Accueil de LOISIRS

J'autorise mon enfant à sortir le soir et rentrer seul (e) à partir de _____ H

Je n'autorise pas mon enfant à rentrer seul le soir, et autorise les personnes (majeures) suivantes à venir chercher l'enfant

1- _____ 4 - _____

2- _____ 5 - _____

3- _____ 6 - _____

Date et signature :

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

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....