

Cadre réservé à nos services

Certificat médical

Attestation de responsabilité civile

Test anti-panique

I – IDENTITE CIVILE DE L'ENFANT :

GARCON FILLE

NOM : _____ PRENOM : _____

DATE DE NAISSANCE : ____/____/____ GROUPE SANGUIN (si connu) : _____

ECOLE FREQUENTEE et CLASSE : _____

CLASSE : _____

RESPONSABLES LEGAUX DE L'ENFANT

NOM - PRENOM	Téléphone Fixe	Téléphone Portable	Téléphone Bureau

Adresse : _____

Code Postal : _____ Ville : _____

Adresse Mail : _____ @ _____

N° Sécurité Sociale : _____ Mutuelle : _____

CAF MSA Autres Numéro : _____

CAF PRO : OUI NON (autorisation donnée à l'Accueil de Loisirs, de visualiser votre quotient familial sur le site internet de la CAF)

Personnes autorisées à prendre en charge mon enfant (autre que les responsables légaux) :

NOM - PRENOM	Téléphone(s)

Personnes non autorisées à prendre en charge mon enfant :

NOM - PRENOM	Téléphone(s)

AUTRES RENSEIGNEMENTS :

L'enfant peut-il rentrer seul à la maison ? oui non

Autorisez-vous l'accueil de loisirs à prendre des photos de votre enfant : oui non

II-RENSEIGNEMENTS MEDICAUX CONCERNANT L'ENFANT

NOM DU MEDECIN TRAITANT : _____ Tél : ____/____/____/____/____

AUTORISATION d'hospitalisation et d'intervention médicale : oui non

L'enfant suit-il un traitement médical : oui non

Si oui joindre l'ordonnance et les médicaments correspondants (médicaments dans leur emballage d'origine marqué au nom de l'enfant avec la notice). **Aucun médicament ne pourra être pris sans ordonnance.**

ALLERGIE : (merci de nous prévenir si une allergie apparaissait dans l'année)

Asthme : oui non Médicamenteuse : oui non Alimentaire : oui non

PRECISEZ LA CAUSE DE L'ALLERGIE ET LA CONDUITE A TENIR :
