



FICHE DE RENSEIGNEMENTS

NOM : **Prénom :**

Né(e) le : / / à :

Adresse :

Code postal : Ville : Nationalité :

Établissement Scolaire : Classe.....

FAMILLE

N° allocataire complet (CAF ou MSA) : Quotient Familial : ATL

Assurance : N° de police :

Situation familiale : Mariés / divorcés / pacsés / célibataire / autres:..... (rayer les mentions inutiles)

Fiche Père / (Tuteur légal)

Nom : **Prénom :**

Né(e) le : / / A :

Adresse : (Si différente de celle de l'enfant)

Tél Domicile :

Tél Mobile :

Tel. Prof :

Mail :

Profession :

Autorité Parentale : Oui / Non

Fiche Mère / (Tutrice légale)

Nom : **Prénom :**

Né(e) le : / / A :

Adresse : (Si différente de celle de l'enfant)

Tél Domicile :

Tél Mobile :

Tel. Prof :

Mail :

Profession :

Autorité Parentale : Oui / Non

Personne(s) à prévenir en cas d'urgence (hors-parents ou tuteurs)		
NOM PRENOM	LIEN (Famille, Amis...)	N° Téléphone(s)

AUTORISATIONS

J'autorise mon fils/ma fille à aller se Baigner

Mon fils/ma fille sait nager

J'autorise mon fils/ma fille à avoir son IMAGE photographiée ou filmée

J'autorise la DIFFUSION de son image (affichage, presse, site ALSH...)

Je l'autorise à quitter l'ALSH SEUL

Si non, personnes autorisées à venir le chercher :

OUI	NON
OUI	NON
OUI	NON
OUI	NON
OUI	NON

RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX

Numéro de Sécurité Sociale :

Votre enfant a-t-il des problèmes de santé particuliers ? OUI / NON

Si oui, lesquels ? En précisant les dates et les précautions à prendre (épilepsie, asthme, diabète, ...)

.....
.....

Votre enfant a-t-il un régime alimentaire particulier (sans porc, végétarien...) ? OUI / NON

Si oui, lequel?

.....

Votre enfant a-t-il des allergies ? (médicamenteuse, alimentaire,...) OUI / NON

Si oui, précisez lesquelles ? (joindre un certificat médical précisant la **cause de l'allergie**, les **signes évocateurs** et la **conduite à tenir**)

.....
.....

Votre enfant est-il à jour de ces vaccinations obligatoires ? (**joindre une copie des vaccins**) OUI / NON

S'il n'est pas à jour merci de nous fournir un certificat médical de contre-indication.

Recommandations utiles des parents : (port de lunettes, de lentilles, de prothèses auditives, de prothèse dentaire,...)

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

Nom du Médecin Traitant : N° Tel du Médecin :

Je déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et m'engage à les réactualiser si nécessaire.

J'autorise les responsables de l'A.L.S.H dont il dépend, à prendre toutes les mesures médicales ou chirurgicales en cas d'urgence.

J'ai pris connaissance de la charte d'accueil de l'ALSH et m'engage à en respecter les principes.

Signature (*Père, Mère, Tuteur légal*)

Rajouter la mention "**Lu et approuvé**"

Documents OBLIGATOIRES à fournir :

- L'Adhésion à l'association (6€ pour les enfants et 10€ pour l'un des deux parents)
- Justificatif du quotient familial CAF (ou MSA) et pour les non allocataires copie de l'avis d'imposition
- Fiche de renseignements complétée
- Document ATL pour les ayant-droits
- Photocopie du carnet de vaccination