



Fiche de renseignements  
Famille - Enfant

**ACCUEIL  
DE LOISIRS**

Nom de l'enfant : .....

Prénom : .....

Adresse : .....

Date de naissance : ..... Sexe de l'enfant : Féminin  Masculin

N° d'affiliation de l'enfant à la sécu : .....

**Coordonnées de la mère**

**Coordonnées du père**

NOM : .....

Prénom : .....

Profession : .....

Employeur : .....

Adresse employeur : .....

Tél travail : .....

Tél portable : .....

Situation familiale : .....

Tél fixe : .....

N° sécu.soc. : .....

Merci de nous préciser votre mail (communication parents/accueil de loisirs) : .....

Numéro allocataire CAF : ..... ou Numéro allocataire MSA : .....

Nombre d'enfants à charge : ..... Quotient familial : .....

**Parents des enfants :**

1<sup>er</sup> enfant : ..... 2<sup>ème</sup> enfant : .....

3<sup>ème</sup> enfant : ..... 4<sup>ème</sup> enfant : .....

Bénéficiez-vous de bons vacances ? OUI  NON

Bénéficiez-vous d'une autre aide ? OUI  NON

SI OUI, laquelle ? .....

**Personnes autorisées à récupérer l'enfant et le cas échéant, non autorisées (rayer la mention inutile):**

1°) Nom Prénom : ..... N° tél : .....

2°) Nom Prénom : ..... N° tél : .....

3°) Nom Prénom : ..... N° tél : .....

.....

**ATTESTATION ET AUTORISATION PARENTALE :**

Nous soussignés ....., parents des enfants .....

☞ Déclarons exacts les renseignements portés sur cette fiche.

☞ Reconnaissons également avoir été informés de l'intérêt à souscrire un contrat d'assurance de personne couvrant les dommages corporels auxquels peuvent les exposer les activités auxquelles participent nos enfants (Assurance individuelle Accident).

☞ Autorisons la commune de Louvigné de Bais à consulter notre quotient familial sur le site de la CAF (agrément Cdap) ceci dans le seul but de vérifier la tranche de tarifs applicable à notre famille.

☞ Déclarons avoir pris connaissance du règlement intérieur de l'accueil de loisirs et l'accepte

A Louvigné de Bais : ..... Signature : .....

## FICHE MEDICALE

### Renseignements médicaux concernant l'enfant :

Nom du médecin \_\_\_\_\_

Adresse \_\_\_\_\_

Tél : \_\_\_\_\_

Groupe sanguin \_\_\_\_\_

Taille \_\_\_\_\_

Poids \_\_\_\_\_

**VACCINATIONS : impératif : joindre une copie du carnet de santé à la page des vaccins.** Bien noter le nom de votre enfant sur cette copie. Si le mineur n'a pas les vaccins obligatoires joindre un certificat médical de contre-indication.

**ALLERGIES :** Alimentaires  Asthme  Médicamenteuses  Autres  -----

Causes et conduite à tenir : -----  
-----  
-----

**L'enfant présente-t-il un problème de santé particulier qui nécessite la transmission d'informations médicales (sous pli cacheté), des précautions à prendre et des éventuels soins à apporter ?**  OUI  NON

**Recommandations utiles des parents :** port de lunettes, d'appareils dentaires ou auditifs, comportement de l'enfant, difficultés de sommeil, énurésie nocturne, autres ... -----  
-----  
-----

**L'enfant suit-il un traitement médical pendant le séjour à l'accueil de loisirs ?**  OUI  NON

Si oui, joindre une ordonnance récente et les médicaments correspondants (boîtes dans leur emballage d'origine marquées au nom de l'enfant et avec la notice).

**Aucun médicament ne pourra être administré sans ordonnance.**

### ATTESTATION ET AUTORISATION PARENTALE :

Nous soussignés ----- , parents de l'enfant -----

OUI  NON - Autorisons notre enfant à aller à la piscine ou à la mer pour se baigner.

OUI  NON - Autorisons notre enfant à pratiquer les diverses activités.

OUI  NON - Autorisons l'équipe d'animation à véhiculer notre enfant pour les activités extérieures au centre

OUI  NON - Autorisons la diffusion d'une photo, vidéo ou apparaît distinctement notre enfant, à des fins informationnelles (articles de presse) ou à des fins pédagogiques.

OUI  NON - Autorisons notre enfant à rentrer seul(e) après le centre

OUI  NON - Autorisons notre enfant à quitter l'accueil de loisirs avec la ou les personnes citées précédemment

OUI  NON Autorisons les responsables de l'accueil de loisirs à présenter notre enfant à un médecin, de préférence le médecin de famille nommé ci-dessus.

OUI  NON Autorisons les responsables de l'accueil de loisirs à faire le nécessaire en cas de soins à donner d'urgence et si besoin sous anesthésie (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale).

A Louvigné de bais le :

Signature :