

**FICHE DE RENSEIGNEMENTS POUR**  
**LES SERVICES PERISCOLAIRES, CANTINE ET CENTRE DE LOISIRS**

**Enfant :**

Nom : ..... Prénom : .....  
Date de naissance : .....  Garçon  Fille

**Responsables légaux :**

**Parent 1 :**

Nom et Prénom : .....  
Adresse : .....  
Code postal : ..... Ville : .....  
Adresse e-mail : ..... Tel domicile et portable : .....

**Parent 2 :**

Nom et Prénom : .....  
Adresse : .....  
Code postal : ..... Ville : .....  
Adresse e-mail : ..... Tel domicile et portable : .....

**Personnes à prévenir en cas d'urgence :** (devant être joignable à tout moment)

Tel travail (père) : ..... Tel travail (mère) : .....  
Tel portable (père) : ..... Tel portable (mère) : .....  
Autre personne : Nom : ..... Tel : .....

**Informations obligatoires :**

N° allocataire CAF/MSA : ..... (joindre attestation Quotient familial)  
N° sécurité sociale : ..... Régime général  Régime agricole  Autre régime   
Assurance Responsabilité Civile : joindre l'attestation d'assurance

**Attestation parentale :**

Je soussigné(e)..... certifie exactes les informations et déclare,

- 1/ Avoir pris connaissance du règlement intérieur,
- 2/ Avoir noté que mon enfant est responsable du matériel (portable, vêtements, bijoux...) qu'il emporte à l'accueil de loisirs et qu'aucune prise en charge ne sera possible en cas de vol, perte ou détérioration, sans qu'une infraction ne soit constatée,
- 3/ Autorise l'organisateur à utiliser l'image et la voix de mon enfant à des fins strictes d'illustration et de promotion de ses activités non commerciales (plaquette d'information, site Internet, rapports d'activité, article de presse, etc.),
- 4/ Autorise mon enfant à participer aux activités organisées à l'extérieur de l'établissement (médiathèque, city-parc, parc Fenestre, etc.)
- 5/ Autorise\* - n'autorise pas\* mon enfant à regagner son domicile par ses propres moyens après l'accueil de loisirs, \*rayer la mention inutile
- 6/ Autorise M<sup>me</sup>/M....., ou M<sup>me</sup>/M.....  
à venir chercher mon enfant après l'activité (une pièce d'identité pourra être demandée).

Date :

Signature des parents ou représentants légaux  
Précédée de la mention « lu et approuvé »



## FICHE SANITAIRE DE LIAISON DE L'ENFANT

*Cette fiche permet de recueillir des informations utiles pendant la période d'accueil du mineur à l'accueil de loisirs  
(arrêté du 20 février 2003 relatif au suivi sanitaire des mineurs mentionnés à l'article L. 227-4 du code de l'action sociale et des familles).*

**NOM :** ..... **Prénom :** .....  
(de l'enfant)

**1. VACCINATIONS :** joindre la photocopie de la page vaccination du carnet de santé ou un certificat de vaccination ou de contre-indication de l'enfant,

### **2. RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX CONCERNANT L'ENFANT :**

L'enfant suit-il un traitement médical pendant les périodes d'accueil de loisirs ?

Oui                      Non

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

AUCUN MEDICAMENT NE POURRA ETRE ADMINISTRE SANS ORDONNANCE

**ALLERGIES :**    asthme : oui    non                      médicamenteuses : oui    non  
                          alimentaire : oui    non                      autres (animaux, plantes, pollen) oui  non  Si oui, lesquelles :  
.....

Si oui, joindre un certificat médical précisant la cause de l'allergie, les signes évocateurs et la conduite à tenir :

.....  
.....

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

.....

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

oui  non

**Si PAI, il doit obligatoirement être signé par l'organisateur de l'accueil de loisirs** (le PAI de l'école n'est pas suffisant) .....

### **3. RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS :**

Votre enfant porte t'il des lentilles, des lunettes, des prothèses auditives, des prothèses dentaires etc. précisez : .....

.....  
.....

OBSERVATIONS :

.....  
.....

**4. PERSONNES A CONTACTER EN CAS D'URGENCE – les responsables légaux seront informés prioritairement**

A contacter en cas d'urgence	NOM	Prénom	Tel	Lien avec l'enfant	Adresse
1					
2					
3					

**5. RESPONSABLE(S) DE L'ENFANT :**

NOM : ..... PRÉNOM : .....

ADRESSE : .....

TEL. PORTABLE : ..... TEL. TRAVAIL : .....

NOM DU MÉDECIN TRAITANT : ..... TEL : .....

Je soussigné, ....., responsable légal de l'enfant, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise le responsable en charge de l'accueil de loisirs de la Commune de La Bourboule, à prendre toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale, transport) rendues nécessaires par l'état de mon enfant.

Date :

Signature des parents ou représentant légal  
*Précédée de la mention « lu et approuvé »*

**Merci de prévenir tout changement en cours d'année**