

# FICHE ANNUELLE DE RENSEIGNEMENTS 2023/2024 (valable jusqu'au 31/08/2024)

## ACCUEIL DE LOISIRS

E N F A N T	NOM : .....      PRENOM : .....      Sexe : <input type="checkbox"/> Fille <input type="checkbox"/> Garçon NE(E) LE : .....      AGE : .....ans      ☎ Port. : / / / / / Classe .....      Ecole : ..... <input type="checkbox"/> Suivi Assistante sociale ..... <input type="checkbox"/> Suivi Education spécialisée.....
	<b>Régime alimentaire :</b> <input type="checkbox"/> Sans porc <input type="checkbox"/> Sans viande <input type="checkbox"/> Autre ..... <b>Vaccins :</b> <u>DT Polio / Trétracoq</u> 1 <sup>er</sup> vaccin : .../.../..... 2 <sup>ème</sup> vaccin : .../.../..... 3 <sup>ème</sup> vaccin : .../.../..... Dernier rappel : .../.../..... <u>Autres Vaccinations</u> BCG : <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non ROR : <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non Coqueluche : <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non Autre (précisez) : ..... <p style="text-align: center;"><i>Difficultés de santé et/ou recommandations des parents :</i></p> ..... .....
R E S P O N S A B L E	NOM .....      Prénom .....      Portable : / / / / / PROFESSION .....      EMPLOYEUR ..... LIEU (trav.) .....      TELEPHONE (travail) : ..... LIEN DE PARENTE <input type="checkbox"/> Père <input type="checkbox"/> Mère <input type="checkbox"/> Autre .....
	NOM .....      Prénom .....      Portable : / / / / / PROFESSION .....      EMPLOYEUR ..... LIEU (trav.) .....      TELEPHONE (travail) : ..... LIEN DE PARENTE <input type="checkbox"/> Père <input type="checkbox"/> Mère <input type="checkbox"/> Autre .....
A D M I N I S T R A T I F	<b>ADRESSE DU DOMICILE :</b> ..... CODE POSTAL .....      VILLE .....      ☎ Dom. : / / / / / Adresse mail famille : ..... CAF de : .....      N° allocataire : .....      Quotient Familial : ..... Mutuelle : .....      Assurance Resp. Civile : .....

# AUTORISATION PARENTALE

Je soussigné(e) \_\_\_\_\_

Responsable légal de l'enfant : \_\_\_\_\_

Oui  Non **Autorise le directeur de l'accueil de loisirs à faire soigner mon enfant et à faire pratiquer toute intervention d'urgence, éventuellement sous anesthésie générale, selon les prescriptions du corps médical.**

Oui  Non **Autorise mon enfant à participer à l'ensemble des activités proposées dans le cadre de l'accueil de loisirs.**

Oui  Non **Autorise mon enfant de 10-12 ans à arriver seul à l'accueil de loisirs et/ou à rentrer seul à la fin des activités.**  
Préciser l'heure d'arrivée : \_\_\_\_\_  
Préciser l'heure de départ : \_\_\_\_\_

Oui  Non **Autorise mon enfant à quitter le lieu d'activité avec :**  
**Nom et prénom et lien de parenté : \_\_\_\_\_**  
**Nom et prénom et lien de parenté : \_\_\_\_\_**  
**Nom et prénom et lien de parenté : \_\_\_\_\_**

Oui  Non **Autorise l'équipe d'animation à photographier, filmer, diffuser et publier l'image de mon enfant dans le cadre de la communication Léo Lagrange ou de la commune.**

Oui  Non **A pris connaissance du Règlement intérieur.**

Fait à \_\_\_\_\_, le \_\_\_\_\_ Signature :

**Autres pièces à fournir :**

- Copie vaccinations de l'enfant à jour
- Attestation Allocataire CAF/MSA (ou avis d'imposition avec revenus de l'année N-2)
- Copie attestation d'assurance en responsabilité civile pour l'enfant
- Justificatif de domicile datant de - 3 mois
- Formulaire d'inscription pour le période complété
- Attestation d'emploi sur la période pour les 2 parents (en cas de demande prioritaire, cf. attestation type)