



Fiche de renseignement

Parents /enfant

(1 fiche par enfant)

Conformément à la loi informatique et libertés et à la protection des données, vous bénéficiez d'un droit d'accès, de rectification et d'opposition au traitement de vos données à caractère personnel.

Enfant

Nom : Prénom : Date de naissance : / /

Vaccinations : Fournir les photocopies du carnet de vaccinations de votre enfant, à jour.

Restauration :

Normal
 Sans porc
 Sans viande

Recommandations des parents

Allergie ou autres (à préciser) :

Si PAI à mettre en place: Merci de prendre contact avec la direction.

Tout traitement médical ne pourra être administré à votre enfant qu'avec une ordonnance du médecin.

Autorisations parentales :

Prises de photos et vidéos et leur diffusion à des fins représentatives des activités.

OUI
 NON

Transport de mon enfant en bus ou minibus dans le cadre des activités de l'accueil de loisirs.

OUI
 NON

Médecin et hospitalisation :

Nom du médecin traitant:

Téléphone:

Nous autorisons les responsables des accueils de loisirs, à présenter notre enfant à un médecin en cas de soins à donner d'urgence et si nécessaire sous anesthésie. Nous nous engageons à rembourser les frais médicaux, chirurgicaux et pharmaceutiques éventuels.

Parents / Responsable légal

Adresse postale : Code postal: Commune:

Numéro d'allocataire CAF : Quotient familial : MSA Autre

Conjoint 1

Nom :
 Prénom :
 Date de naissance: / /
 n° tel domicile :
 N° tel portable :
 Mail (obligatoire):

Activité

Parent au foyer
 Artisan
 Demandeur d'emploi
 Cadre
 Employé
 Chef d'entreprise
 Ouvrier
 Fonctionnaire
 Commerçant
 Retraité
 Etudiant

Conjoint 2

Nom :
 Prénom :
 Date de naissance: / /
 n° tel domicile :
 N° tel portable :
 Mail (obligatoire):

Activité

Parent au foyer
 Artisan
 Demandeur d'emploi
 Cadre
 Employé
 Chef d'entreprise
 Ouvrier
 Fonctionnaire
 Commerçant
 Retraité
 Etudiant

Autres personnes à prévenir en cas d'urgence ou étant susceptible de récupérer votre enfant:

Nom: Prénom: N° de téléphone:

Nom: Prénom: N° de téléphone:

Je soussigné(e).....

déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche.

Date :

Signature :