

ACCUEIL DE LOISIRS AUTOMNE 2025

FICHE DE RENSEIGNEMENTS

Nom-prénom de l'enfant :

Date de naissance :

Date de séjour de l'enfant :

| | |
|--|--|
| Du 27 au 31 octobre 2025 | |
| Journée complète 10h-17h30 <input type="checkbox"/> | Demi-journée 13h30-17h30 <input type="checkbox"/> |

Péricentre sur inscription de 7h30 à 10h : non oui : indiquer le jour et l'horaire d'arrivée

| | | | | | |
|---------|------|------|-------|------|-----|
| | L 27 | M 28 | MC 29 | J 30 | V31 |
| Horaire | | | | | |

Quotient familial :

Veillez fournir l'attestation quotient familial

Bénéficiez-vous de l'AEEH (l'allocation d'éducation de l'enfant handicapé) :

non oui (si oui, merci de fournir la notification de la CAF)

Marié Pacsé Divorcé Séparé Concubinage Monoparentale

Veillez joindre la photocopie du jugement en cas de garde alternée.

| | |
|---|--|
| Nom-prénom de la mère : Adresse : N° téléphone fixe : Portable : Adresse mail : Profession : | Nom-prénom du père : Adresse : N° téléphone fixe : Portable : Adresse mail : Profession : |
|---|--|

Autorisation de sortie

Votre enfant peut-il sortir seul de l'accueil ? OUI NON

Personnes autorisées à reprendre votre enfant en plus des parents.

| Nom-prénom | Téléphone |
|------------|-----------|
| | |
| | |
| | |

Droit à l'image

Pour le journal municipal OUI NON , Par un journaliste OUI NON

Pour le site de la commune ou la page Facebook OUI NON

Votre enfant peut-il participer à toutes les activités mise en place durant l'accueil ?

OUI NON Si non préciser :

Votre enfant sait-il nager ? OUI NON

Votre enfant sait-il faire du vélo ? OUI NON

Maquillage OUI NON

ACCUEIL DE LOISIRS AUTOMNE 2025

RENSEIGNEMENTS MEDICAUX

Nom-prénom de l'enfant :

Date de naissance :

Groupe sanguin de l'enfant :

Nom-adresse et téléphone du médecin traitant :

Vaccinations à jour (fournir les photocopies)? OUI NON

Votre enfant a-t-il une contre-indication médicale ? OUI NON
(Si oui, joindre un certificat médical)

Votre enfant a-t-il déjà eu :

Rubéole Varicelle Angine Scarlatine Otite
 Rougeole Oreillons Coqueluche

Problème de santé :

Préciser lequel : Allergie, Asthme ou Autre

Si votre enfant a un traitement médical durant l'accueil, veuillez fournir la prescription.

Recommandations des parents :

Je soussigné, responsable légal de l'enfant, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise le responsable de l'accueil de loisirs à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de l'enfant.

L'inscription de l'enfant à l'accueil de loisirs vaut pleine acceptation du règlement intérieur par ses responsables légaux.

Date :

Signature :