



**RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LA FAMILLE**

**RESPONSABLE 1** : Père  Mère  Autre  \_\_\_\_\_

Marié  Pacsé  Divorcé  Séparé  Veuf  Concubin  Célibataire

En cas de séparation, le directeur de centre de loisirs doit-il prendre connaissance du jugement :

Non  Oui  (si oui, remettre la copie du jugement)

Nom : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_

Adresse exacte : N° \_\_\_\_\_ Rue : \_\_\_\_\_

Code Postal : \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Ville : \_\_\_\_\_

Téléphones : Domicile : \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Professionnel : \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Portable : \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ E-mail : \_\_\_\_\_

Profession : \_\_\_\_\_

N° Allocataire CAF  MSA  : \_\_\_\_\_ Département : \_\_\_\_/\_\_\_\_

Compagnie d'assurance : \_\_\_\_\_ N° d'Assuré : \_\_\_\_\_

XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX

**RESPONSABLE 2** : Père  Mère  Autre  \_\_\_\_\_

Nom : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_

Adresse exacte : N° \_\_\_\_\_ Rue : \_\_\_\_\_

Code Postal : \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Ville : \_\_\_\_\_

Téléphones : Domicile : \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Professionnel : \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Portable : \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ E-mail : \_\_\_\_\_

Profession : \_\_\_\_\_

XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX

**AUTRE PERSONNE A PREVENIR EN CAS D'URGENCE**

**ET AUTORISÉE A VENIR CHERCHER L'ENFANT :**

Nom : \_\_\_\_\_

Prénom : \_\_\_\_\_

Lien avec l'enfant : \_\_\_\_\_

Téléphone : \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

**AUTRE PERSONNE A PREVENIR EN CAS D'URGENCE**

**ET AUTORISÉE A VENIR CHERCHER L'ENFANT :**

Nom : \_\_\_\_\_

Prénom : \_\_\_\_\_

Lien avec l'enfant : \_\_\_\_\_

Téléphone : \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

	ENFANT 1	ENFANT 2	ENFANT 3
NOM			
PRÉNOM			
SEXE			
NÉ(E) LE			
ÉCOLE FRÉQUENTÉE			

VACCINATIONS OBLIGATOIRES			
DATE VACCIN DTP			
DATE 11 VACCINS			

SANTÉ			
Pour faciliter leur prise en charge, nous vous remercions de nous signaler tout enfant en situation de handicap ou nécessitant un accompagnement particulier.			
SITUATION DE HANDICAP			
Toute maladie, pathologie ou allergie pouvant nécessiter la prise de médicaments doit être signalée et accompagnée d'un PAI (Projet d'Accueil Individualisé).			
PAI (photocopie indispensable)			
ALLERGIES			
AUTRES INFORMATIONS MEDICALES IMPORTANTES			

**PRÉCISIONS COMPLÉMENTAIRES LIÉES A LA SANTÉ DE L'UN DE VOS ENFANTS A COMMUNIQUER AU RESPONSABLE DU CENTRE DE LOISIRS :**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

En cas de pathologie particulière, indiquez les coordonnées du médecin traitant :

NOM : \_\_\_\_\_ TÉLÉPHONE : \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

AUTRES INFORMATIONS			
AUTORISE MON ENFANT A RENTRER SEUL A LA DESCENTE DU BUS	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
REGIME ALIMENTAIRE	<input type="checkbox"/> Avec porc <input type="checkbox"/> Sans porc	<input type="checkbox"/> Avec porc <input type="checkbox"/> Sans porc	<input type="checkbox"/> Avec porc <input type="checkbox"/> Sans porc
DROIT A L'IMAGE (voir page suivante)	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non