

Fiche de renseignements

ALSH LES LILAS

Nom et Prénom :

Âge :

Date de naissance :

Lieu de naissance :

Adresse complète :

Établissement scolaire :

Classe :

☐ Garçon

☐ Fille

Les Parents

Père

Nom et prénom :

Date de Naissance :

Tel Portable :

Mail :

Adresse :

Profession :

Tel Travail :

Mère

Nom et prénom :

Date de Naissance :

Tel Portable :

Mail :

Adresse :

Profession :

Tel Travail :

Cadre réservé à l'administration (Ne Pas Compléter)

Régime alimentaire :

Allergies / PAI :

Droit à l'image : ☐ Oui ☐ Non

Bénéficiaire de l'AEEH : ☐ Oui ☐ Non

Aide aux temps libre : ☐ Oui ☐ Non

Les frères et sœurs

Nom et prénom :

Date de naissance :

Nom et prénom :

Date de naissance :

Nom et prénom :

Date de naissance :

Autorisations parentales

Les deux parents sont-ils titulaires pleinement et conjointement de l'autorité parentale ?

☐ Oui (en cas de décision de justice limitant l'autorité parentale, joindre la copie de l'acte correspondant)

☐ Non (joindre obligatoirement la copie du justificatif correspondant : décision de justice, ect...)

Le cas échéant renseigner les informations de toute autre personne titulaire de l'autorité parentale :

Nom et prénom :

Adresse :

N° Sécurité Sociale :

Départ de l'enfant

J'autorise les personnes suivantes à venir chercher mon enfant :

Nom et prénom :

Téléphone:

Nom et prénom :

Téléphone:

Nom et prénom :

Téléphone:

Nom et prénom :

Téléphone:

J'autorise mon enfant à quitter **SEUL** la structure aux horaires autorisés (A partir de 10 ans)

☐ Oui ☐ Non

Si oui merci de nous transmettre en amont un document signé précisant le jour, la date et l'heure de départ.

Photos et Vidéos

J'autorise la Maison Pour Tous Léo Lagrange à photographier et filmer mon enfant.

☐ Oui ☐ Non

Fiche Sanitaire

Renseignements médicaux concernant votre enfant

Régime alimentaire (cocher)

Standard

☐

Végétarien ponctuel

☐

Végétarien

☐

Problème de santé (Asthme, allergies, autre)

Attention !

En cas de problèmes de santé rencontrés par votre enfant, sa participation aux activités de la structure pourra être subordonnée à l'établissement d'un Protocole de Soin d'Urgence pour l'Accueil en Collectivité (PSUAC) ou d'un Protocole d'Accueil Individualisé (PAI).

En dehors d'un PSUAC ou d'un PAI, l'administration d'un traitement médicaux est conditionné à une autorisation parentale écrite accompagnée d'une ordonnance médicale justifiant du dit traitement et de ses modalités.
Recommandations particulières (ex. : port de lunettes, antécédents médicaux...)

Nom, adresse et numéro de tél. du médecin traitant de votre enfant :

Autorisation médicale

- **AUTORISATION D'HOSPITALISATION**

Je donne pouvoir à Mme, Mlle, Mr la/le Responsable du Centre, ou à défaut son Adjoint, en cas d'impossibilité de me joindre, de faire pratiquer des examens médicaux et/ou de faire hospitaliser mon enfant en cas d'urgence.

☐ Oui ☐ Non

- **AUTORISATION D'INTERVENTION CHIRURGICALE**

En cas d'impossibilité de me joindre, j'autorise les soins hospitaliers et si besoin, l'anesthésie de mon enfant au cas où, victime d'un accident ou d'une maladie à évolution rapide, il aurait à subir une intervention chirurgicale.

☐ Oui ☐ Non

Je soussigné(e),

Responsable légal de l'enfant Déclare exacts les renseignements portés sur ce dossier et autorise le responsable de la structure à prendre, le cas échéant, toutes mesures rendues nécessaires par l'état de santé de votre enfant.

De plus, vous attestez avoir pris connaissance du règlement intérieur et d'en accepter le contenu.

Fait à

Date :

Signature du ou des titulaires de l'autorité parentale :