



2024-2025

## ACCUEILS DE LOISIRS du pays de Lubersac Pompadour

### Les filous

Le bourg – 19230 Saint-Sornin Lavolps  
05 55 73 33 27  
lesfilous@lubersacpompadour.fr

### Les P'tites Canailles

Rue de la Faucherie – 19210 Lubersac  
05 55 73 90 82 –  
lesptitescanailles@lubersacpompadour.fr

**Nom de l'enfant** : .....

**Prénom** : .....

Date et lieu de naissance : .../.../..... à ..... Scolarisé à l'école de : .....

Moyen de garde antérieur : Crèche  Assistante maternelle  Aucun

**PARENTS** situation familiale : Marié  Divorcé  séparé  concubinage  Pacsé

**Payeur** :  Père

Mère

Nom : .....

Nom : .....

Prénom : .....

Prénom : .....

Adresse : .....

Adresse : .....

Profession : .....

Profession : .....

Employeur : .....

Employeur : .....

Domicile : .....

Domicile : .....

 Portable : .....

 Portable : .....

Travail : .....

Travail : .....

Mail : .....

Mail : .....

### RENSEIGNEMENTS ADMINISTRATIFS

Régime : général  N° de sécurité sociale : ..... / MSA

### ACCOMPAGNEMENT

Nom des personnes (autres que les parents) autorisées à reprendre l'enfant :

.....  
.....

### AUTORISATIONS

Autorisez-vous votre enfant :

- à participer aux activités proposées (à l'alsh ou à l'extérieur) ?  oui  non

- à prendre les transports organisés par l'alsh pour ces activités ?  oui  non

- à repartir seul, s'il a plus de 10 ans ?  oui  non

- Autorisez-vous l'accueil de loisirs à prendre votre enfant en photo pour la diffusion et la publication de celle-ci sur tous supports de communication et d'information relatif à la promotion de l'ALSH ?  oui  non

## FICHE SANITAIRE DE LIAISON

Cette fiche a été conçue pour recueillir les renseignements médicaux qui pourront être utiles pendant le séjour de l'enfant. Elle évite de vous démunir de son carnet de santé.

● **VACCINATION** : Veuillez nous fournir une attestation du médecin certifiant que votre enfant est à jour dans ses vaccins obligatoires.

### ● RENSEIGNEMENTS MEDICAUX

L'enfant a-t-il déjà eu les maladies suivantes ?

|   |  |   |   |   |
|---|--|---|---|---|
| RUBÉOLE<br>OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>    | VARICELLE<br>OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> | ANGINE<br>OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>   | RHUMATISME<br>ARTICULAIRE AIGÜ<br>OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> | SCARLATINE<br>OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> |
| COQUELUCHE<br>OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> | OTITE<br>OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>     | ROUGEOLE<br>OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> | OREILLONS<br>OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>                      |   |

● **REMARQUES EVENTUELLES** (allergies\*, médicaments\*\*, régime alimentaire particulier, asthme, port de lunettes...)

.....  
.....

\* : Pour toutes allergies, un PAI vous sera demandé.

\*\* : aucun médicament ne sera donné sans ordonnance datée, signée et au nom de l'enfant.

### ● MEDECIN TRAITANT HABITUEL

Nom : .....

Adresse : .....

N° de téléphone : .....

### ● AUTORISATION DES PARENTS (ou tuteur)

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

## FACTURATION ET OBJETS PERSONNELS

J'ai bien pris connaissance du règlement intérieur de l'ALSH (inscription, organisation, horaires, tarifs) et noté que toute annulation de réservation doit être faite au moins une semaine à l'avance ou justifiée par certificat médical, faute de quoi la réservation sera facturée.

L'accueil de loisirs décline toute responsabilité en cas de perte ou de vol d'objets personnels apportés par les enfants dans les locaux.

Fait à .....

Le .....

**signature des parents**

(Inscrire la mention Lu et Approuvé)