



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 de naissance : Scolarisé à l'école de :

PARENTS situation familiale : Marié Divorcé séparé concubinage Pacsé

Payeur : Père Mère

Nom :

Prénom :

Adresse :

Profession :

Employeur :

Nom :

Prénom :

Adresse :

Profession :

Employeur :

 Domicile :

 Portable :

 Travail :

Mail :

 Domicile :

 Portable :

 Travail :

Mail :

RENSEIGNEMENTS ADMINISTRATIFS

Régime de sécurité sociale : général MSA

N° MSA : OU N° CAF :

ACCOMPAGNEMENT :

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

.....
.....

MOYEN DE TRANSPORT :

Autorisez-vous votre enfant à prendre les transports en commun afin de participer aux activités du centre ? oui non

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

DROIT A L'IMAGE :

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

● **REMARQUES EVENTUELLES :** (allergies*, médicaments**, 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 exact 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.

J'ai pris connaissance du règlement intérieur du centre de loisirs et m'engage à le respecter. J'ai bien noté que toute réservation non justifiée 48 h à l'avance ou par certificat médical sera facturée.

Fait à

Le

signature des parents

(Inscrire la mention Lu et Approuvé)