

LEO LAGRANGE ANIMATION – Accueil de Loisirs de Coublevie

FICHE DE RENSEIGNEMENT du 01/01/2025 au 31/08/2025

E N F A N T	NOM :			PRENOM :			SEXE : <input type="checkbox"/> Fille <input type="checkbox"/> Garçon		
	NE(E) LE :			AGE :			☎ Port.(pour les 11-17 ans) :		
	Scolarité (Classe) 2024-2025 :						Ecole - ville :		
<input type="checkbox"/> Suivi Assistante sociale :			<input type="checkbox"/> Suivi Education spécialisée :						
S A N T E	Régime alimentaire : <input type="checkbox"/> Sans porc <input type="checkbox"/> Sans viande <input type="checkbox"/> Sans poisson <input type="checkbox"/> Sans lait <input type="checkbox"/> Sans œuf								
	<u>VACCINS (remplir le formulaire ou joindre la copie des vaccinations à jour)</u>								
	DT Polio / Trétracoq			Autres Vaccinations					
	1 ^{er} vaccin :			BCG :↑					
	2 ^{ème} vaccin :			ROR :↑					
	3 ^{ème} vaccin :			Coqueluche :					
Dernier rappel :			Hæmophilus influenzae de type B :						
Hépatite B :			Pneumocoque :						
Meningocoque C :			Autre (précisez) :						
<u>Difficultés de santé et/ou recommandations des parents :</u>									
S I T U A T I O N	NOM :			Prénom :			Portable :		
	STATUT : Père :			Mère :			Autre à préciser :		
	PROFESSION :			EMPLOYEUR :					
	LIEU (trav.) :			TELEPHONE (travail) :					
F A M I L I A L E	NOM :			Prénom :			Portable :		
	STATUT : Père :			Mère :			Autre à préciser :		
	PROFESSION :			EMPLOYEUR :					
	LIEU (trav.) :			TELEPHONE (travail) :					
A D M I N I S T R A T I F	ADRESSE DU DOMICILE :								
	CODE POSTAL			VILLE			☎ Dom. :		
	Adresse mail principale :								
	N° sécurité sociale rattachement enfant :								
	CAF de :			N° allocataire :			Quotient Familial :		

Léo Lagrange Animation – Accueil de Loisirs de Coublevie

FICHE D'AUTORISATION PARENTALE du 01/01/2025 au 31/08/2025

Je soussigné(e)

Responsable légal de l'enfant :

- Oui Non Autorise le responsable de l'Accueil de Loisirs à faire soigner mon enfant et à faire pratiquer toute intervention d'urgence, éventuellement sous anesthésie générale, selon les prescriptions du corps médical.
- Oui Non Autorise à contacter les personnes suivantes en cas d'urgence si les parents ne répondent pas :
Nom-prénom-téléphone :
Nom-prénom-téléphone :
Nom-prénom-téléphone :
- Oui Non Autorise mon enfant à participer à l'ensemble des activités proposées par l'Accueil de Loisirs (sorties, piscine, activités sportives, etc...).
- Oui Non Autorise mon enfant à arriver seul sur l'Accueil de Loisirs.
Préciser l'heure : Périodicité :
- Oui Non Autorise mon enfant à quitter seul l'Accueil de Loisirs à la fin des activités.
Préciser l'heure : Périodicité :
- Oui Non Autorise mon enfant à quitter l'Accueil de Loisirs avec la **personne majeure** suivante :
Nom-prénom-lien :
Nom-prénom-lien :
Nom-prénom-lien :
- Oui Non Autorise l'équipe d'animation à photographier, filmer, diffuser et publier l'image de mon enfant dans le cadre de la communication Léo Lagrange ou de la commune.
- Oui Non A pris connaissance du Règlement intérieur qui se trouve sur le site :
<http://leo-coublevie.org/>

Pièces à fournir :

- Copie attestation d'assurance responsabilité civile pour l'enfant.
- Attestation d'Allocataire CAF, MSA ou autre régime.
- Photocopie des vaccinations à jour si non remplie dans la partie santé.

Fait à

le

Signature :