

Fiche de renseignements
NOM et PRÉNOM DE L'ENFANT

..... ☐ G ☐ F

Né(e) le / / à

Identité du parent 1 ou tuteur légal	Identité du parent 2 ou tuteur légal
Nom et prénom :	Nom et prénom :
Adresse du domicile :	Adresse du domicile : (si différente de celle du parent 1)
Profession :	Profession :
Nom et adresse de l'employeur :	Nom et adresse de l'employeur :
Tel fixe Portable Tel Pro / / / / / /	Tel fixe Portable Tel Pro / / / / / /
Email :@.....	Email :@.....

Autorité parentale : ☐ conjointe ☐ parent 1 ☐ parent 2

Organisme d'allocations familiales : ☐ CAF N°: ☐ MSA

Votre enfant est-il bénéficiaire de l'AEEH Oui ☐ Non ☐

QF Réserve au service.

AUTORISATIONS

L'enfant est autorisé à partir seul

☐ Oui

☐ Non

Autres personnes autorisées à venir chercher l'enfant ou à contacter en cas d'urgence, si les responsables légaux sont injoignables

Nom et prénom	Téléphone	Lien avec l'enfant	Autorisée à venir chercher l'enfant	A contacter en cas d'urgence
			☐	☐
			☐	☐
			☐	☐
			☐	☐



INFORMATION SANITAIRES

Joindre impérativement une photocopie des pages « vaccination » du carnet de santé

Régime alimentaire :

☐ Sans porc

☐ Sans viande

☐ Végétarien

Autres renseignements de santé :

Préciser les difficultés de santé et dates (maladies, accidents, allergies, crises convulsions, hospitalisations...).

.....
.....

PAI au sein de l'établissement scolaire

Oui ☐

Non ☐

En cas de PAI, merci de nous en communiquer une copie.

DECLARATION DU RESPONSABLE LEGALE (à compléter et signer)

Je soussigné, M. ou Mme

responsable de l'enfant :

- Autorise mon enfant à participer à toutes les activités proposées par l'accueil de loisirs et à utiliser les moyens de transports collectifs (bus, minibus...).
- Autorise le responsable de l'ALSH à faire soigner mon enfant et à faire pratiquer toute intervention d'urgence y compris hospitalisation.
- Autorise l'équipe encadrante à effectuer la sortie de l'hôpital de l'enfant durant un séjour ou une journée d'activité.
- M'engage à reverser au service vacances-loisirs de la Ligue de l'enseignement du Puy-de-Dôme le montant des frais engagés par elle en cas de maladie ou d'accident.
- Donne mon autorisation pour que :
 - mon enfant soit photographié ou filmé lors de sa participation à l'accueil de loisirs,
 - son image puisse être reproduite sur support papier ou électronique dans le cadre de l'établissement d'un document pédagogique ou d'information, ou sur la page Facebook « Centre été Vertaizon ».
 - son image soit conservée et utilisée pendant une durée illimitée, uniquement dans un but pédagogique ou d'information, sachant que je bénéficie d'un droit d'accès et de rectification auprès du service vacances-loisirs de la Ligue de l'enseignement du Puy-de-Dôme, organisateur de l'accueil.
- Renonce à solliciter une quelconque compensation à quelque titre que ce soit pour la participation de mon enfant à la prise de vue et à sa diffusion.
- M'engage à payer le solde des frais incombant à la famille, avant le début du séjour.
- Reconnais avoir pris connaissance du règlement intérieur de l'accueil de loisirs de Vertaizon été et atteste en accepter les conditions.

À le / /

Signature

Précédée de la mention manuscrite « lu et approuvé »