



A.L.S.H. Cap Loisirs  
Rue des Tamaris 33 123 LE VERDON-sur-MER  
Tél. : 06 70 06 74 49/ 05 56 09 89 14  
Email : centredeloisirs.leverdonsurmer@orange.fr

## FICHE DE RENSEIGNEMENTS

### ENFANTS CONCERNES :

NOM	PRENOM	M/F	Date de naissance	CLASSE

### COORDONNEES :

	REPRESENTANT LEGAL	CONJOINT
NOM		
Prénom		
Adresse		
Profession		
Mail		
Tél. domicile		
Tél. travail		
Tél. portable		

### SITUATION FAMILIALE :

Marié(e)       couple       séparé(e)       divorcé(e)       veuvage       célibataire



A.L.S.H. Cap Loisirs  
Rue des Tamaris 33 123 LE VERDON-sur-MER  
Tél. : 06 70 06 74 49/ 05 56 09 89 14  
Email : centredeloisirs.leverdonsurmer@orange.fr

**ASSURANCE MALADIE REMBOURSANT LES SOINS DE VOTRE ENFANT :**

◇CPAM                      ◇MSA                      ◇Autres (précisez) :.....

Numéro de sécurité sociale :.....

**REGIME :** à remplir si votre enfant fréquente le centre de loisirs

◇Allocataire CAF                      ◇Régime spécial                      ◇ Autres (précisez) :.....  
(régime général)                      (MSA ou autre)

Quotient familial : .....

(vous le trouverez sur votre compte du site CAF ou auprès d'une permanence CAF)

**PERSONNES A PREVENIR EN CAS D'URGENCE AUTRE QUE LES PARENTS :**

NOM/Prénom : .....

Tél. portable/domicile : .....

Lien de parenté : .....





A.L.S.H. Cap Loisirs  
Rue des Tamaris 33 123 LE VERDON-sur-MER  
Tél. : 06 70 06 74 49/ 05 56 09 89 14  
Email : centredeloisirs.leverdonsurmer@orange.fr

- J'autorise le directeur ou son représentant à faire appel, le cas échéant, au service médical adapté. Dans ce cas, je m'engage à rembourser les frais médicaux et annexes dont l'avance aurait été faite pour mon enfant :  

oui  non
- J'autorise le centre de loisirs à diffuser l'image de mon enfant pour les besoins de cette dernière (ex : planning d'activité, activités, article sud-ouest ...) :  

oui  non
- J'autorise le directeur ou le représentant du centre de loisirs à transporter mon/mes enfants dans un véhicule de la ville dans le cadre des activités proposées :  

oui  non
- Dans le cadre de semaine Ado : Les jeunes en attente de la navette le matin et le temps du départ à 17h dans l'enceinte de la structure « les p'tits potes » seront sous la responsabilité des parents.

Je reconnais avoir pris connaissance du règlement intérieur de la structure sur laquelle mon(mes) enfant(s) est (sont) inscrit(s) et je m'engage à le respecter.

A.....

Le .....

*Signature des représentants*  
*« lu et approuvé »*



A.L.S.H. Cap Loisirs  
 Rue des Tamaris 33 123 LE VERDON-sur-MER  
 Tél. : 06 70 06 74 49/ 05 56 09 89 14  
 Email : centredeloisirs.leverdonsurmer@orange.fr

## FICHE DE LIAISON SANITAIRE

ENFANT	
Nom :	
Prénom :	
Date de naissance :	
TEL :	
Garçon <input type="checkbox"/>	Fille <input type="checkbox"/>

### VACCINATIONS

VACCINS OBLIGATOIRES	OUI	NON	DATES DES DERNIERS RAPPELS	VACCINS RECOMMANDES	DATES
Diphthérie			Hépatite B		
Tétanos			Rubéole-Oreillons-Rougeole		
Poliomyélite			Coqueluche		
<b>Ou</b> DT Polio			Autres (Préciser)		
<b>Ou</b> Tétracoq					
BCG					

### MERCI DE JOINDRE LA PHOTOCOPIE DES VACCINS

Si l'enfant n'a pas de vaccins obligatoires, joindre un certificat médical de contre-indication.  
 Attention : le vaccin antitétanique ne présente pas de contre-indication.

### RENSEIGNEMENTS MEDICAUX :

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

*Merci de rayer les mentions inutiles*

RUBEOLE	OUI	NON
COQUELUCHE	OUI	NON
VARICELLE	OUI	NON
ANGINE	OUI	NON
OTITE	OUI	NON

ROUGEOLE	OUI	NON
OREILLONS	OUI	NON
SCARLATINE	OUI	NON
RHUMATISME ARTICULAIRE AIGU	OUI	NON



A.L.S.H. Cap Loisirs  
Rue des Tamaris 33 123 LE VERDON-sur-MER  
Tél. : 06 70 06 74 49/ 05 56 09 89 14  
Email : centredeloisirs.leverdonsurmer@orange.fr

L'enfant a-t-il des allergies ?

ASTHME	OUI	NON
ALIMENTAIRE	OUI	NON
MEDICAMENTEUSE	OUI	NON

AUTRES :
----------

Si oui, précisez la conduite à tenir :

.....  
.....  
.....

**PRECISEZ LES PRECAUTIONS A PRENDRE SI VOTRE ENFANT A DES PROBLEMES DE SANTE OU UN TRAITEMENT MEDICAL (fournir une ordonnance)**

.....  
.....  
.....  
.....

**RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS** : votre enfant porte-t-il des lunettes, des prothèses dentaires...

.....  
.....  
.....

**MEDECIN TRAITANT** :

Nom : ..... tél : .....

Adresse : .....