



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

**REGIME :**

◇ Allocataire CAF  
(Régime Général)

◇ MSA  
(Régime Agricole)

◇ Autres (précisez) : .....

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

NOM/Prénom : .....

Tél. portable/domicile : .....

Lien de parenté : .....





- 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 l'ALSH Cap Loisirs, à diffuser **sur la page Facebook du Sports Vacances** du Verdon-sur-Mer, dans le cadre pédagogique de la structure, des photos de mon enfant prises au cours des activités.

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

- J'autorise le directeur ou le représentant à accéder à mon compte allocataire CAF par le biais de CDAP pour appliquer le tarif correspondant à mon quotient familial :

oui

non

En cas de refus et sans attestation de QF de la CAF, le tarif du quotient familial le plus élevé sera automatiquement appliqué.

- 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 - Complexe Sportif Jean Dabis - 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 |
|----------------------|-----|-----|----------------------------|---------------------|-------|
| Diphtérie            |     |     | 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 - Complexe Sportif Jean Dabis - 33 123 LE VERDON-sur-MER  
Tél. : 06 70 06 74 49/ 05 56 09 89 14  
Email : centredeloisirs.leverdonsumer@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 : .....