



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.leverdon surmer@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

### AUTORISATION PARENTALE

Je soussigné(e) ....., avoir pris connaissance de l'ensemble du dossier et en acceptant toutes les modalités et autorise mon(mes) enfant(s) :

à participer à :

*Cocher les cases correspondantes à vos choix*

A.L.S.H.		E.M.S. (école multisports)		S.V. Sports Vacances	
----------	--	-------------------------------	--	-------------------------	--

- Je déposerai mon(mes) enfant(s) à l'accueil de loisirs ou ce(s) dernier(s) s'y rendra seul sous mon entière responsabilité en respectant les horaires indiqués.
- Les enfants seront repris à la fin de la journée par les parents ou toute autre personne habilitée par les parents, inscrite ci-dessous (3 personnes maximum) :

NOM/Prénom	LIEN	TELEPHONE

- J'autorise mon enfant à quitter seul la structure, **seulement pour les enfants à partir de 10 ans** :  
oui  non
- **Pour une fratrie**, j'autorise mon enfant le plus âgé à partir avec sa petite sœur ou son petit frère :  
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.leverdon-surmer@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 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

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 : .....