



## FICHE DE RENSEIGNEMENTS ALSH DE SAYAT

Accueil de loisirs de Sayat  
6 rue Gustave Fougère  
63530 SAYAT  
Tel:04.73.60.08.43  
centreloisirssayat@wanadoo.fr

### ETAT CIVIL DE L'ENFANT

Nom : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_

Date de naissance : \_\_\_\_\_ Lieu de naissance : \_\_\_\_\_ Sexe : Garçon  Fille

Ecole fréquentée par l'enfant : \_\_\_\_\_ Classe en 2019/2020: \_\_\_\_\_

### LES RESPONSABLES LEGAUX DE L'ENFANT

Responsable légal 1 Mère  Père  Tuteur(trice)

Responsable légal 2 Mère  Père  Tuteur(trice)

Nom

Nom

Prénom

Prénom

Adresse

Adresse

Profession

Profession

Employeur

Employeur

Situation des parents :

concubinage  pacsé(e)  marié(e)  séparé(e)  divorcé(e)  veuf(ve)  célibataire  monoparentale

En cas de séparation ou de divorce les deux parents ont-ils l'autorité parentale ? OUI  NON

En cas de séparation ou de divorce merci de préciser l'adresse principale de l'enfant:

Pour l'utilisation du "**portail famille**" une adresse mail est indispensable : .....

### TELEPHONES

Domicile (père)

Portable (père)

Travail (père)

Domicile (mère)

Portable (mère)

Travail (mère)

### Personnes à prévenir en cas d'urgence (si les parents ne sont pas joignables)

Nom/Prénom

Nom/Prénom

N° de tél

N° de tél

Lien de parenté

Lien de parenté

Nom/Prénom

Nom/Prénom

N° de tél

N° de tél

Lien de parenté

Lien de parenté

### Personnes habilitées à venir chercher votre enfant

Nom/Prénom

Nom/Prénom

N° de tél

N° de tél

Lien de parenté

Lien de parenté

Nom/Prénom

Nom/Prénom

N° de tél

N° de tél

Lien de parenté

Lien de parenté

Suite au verso

**ADMINISTRATIF**

N° de sécurité sociale de rattachement de l'enfant

Nom de l'assuré

N° Allocataire CAF ou MSA

Nom de l'allocataire : CAF ou MSA

**RENSEIGNEMENTS MEDICAUX****VACCINATIONS**

Vaccins obligatoires	Merci de cocher la case	Date dernier rappel	Vaccins recommandés	Merci de cocher la case	Date dernier rappel
Diphtérie			Hépatite B		
Tétanos			Rubéole		
Poliomyélite			Coqueluche		
ou DT polio			Variole		
ou Tétracoq			Autres		
BCG					

**MALADIES\* (merci de cocher la ou les cases correspondantes)**

Angine	Rubéole	Otite	Varicelle	Coqueluche	Scarlatine	Oreillons	Rougeole

**PARTICULARITES MEDICALES**

Votre enfant a-t-il des difficultés de santé (accident, hospitalisation, opération...)  oui  non

Merci de préciser le type de difficultés:.....

**P.A.I (Protocole d'Accueil Individualisé)**

Si votre enfant souffre d'une pathologie nécessitant un traitement ou des soins médicaux un P.A.I doit être mis en place

Avez-vous signé un P.A.I avec l'école  oui  non Motif du P.A.I: .....

**ALLERGIES**

Allergie médicamenteuse  oui  non Merci d'indiquer le médicament:.....

Allergie cutanée  oui  non Merci d'indiquer la source:.....

Allergie alimentaire  oui  non Merci d'indiquer le ou les aliments: .....

**Attention, en cas d'allergie alimentaire vous serez dans l'obligation de fournir un panier repas**

**REGIME ALIMENTAIRE**

Votre enfant suit-il un régime alimentaire particulier  oui  non

Merci de préciser le type de régime:.....

En signant ce document, vous déclarez exacts les informations portées sur cette fiche de renseignements et vous vous engagez à prévenir l'Accueil de loisirs pour tout changement en cours d'année.

Vous autorisez l'Accueil de loisirs à prendre, le cas échéant, toutes les mesures rendues nécessaires par l'état de santé de votre enfant (hospitalisation, intervention chirurgicale, traitement médical)

Vous reconnaissez avoir pris connaissance du règlement intérieur validé par le conseil municipal, consultable sur le site de la commune ([www.sayat.fr](http://www.sayat.fr)) et vous en acceptez les termes.

Fait à .....le.....20.....

Nom, prénom et signature du responsable légal 1

Nom, prénom et signature du responsable légal 2