

Je soussigné(e) .....  
Responsable légal de l'enfant.....

**FICHE INDIVIDUELLE DE RENSEIGNEMENTS**

**Autorisation parentale concernant les activités**

- autorise le responsable à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale), rendues nécessaires par l'état de l'enfant
- autorise mon enfant à participer aux différentes activités proposées et atteste qu'il ne présente aucune contre indication médicale
- déclare avoir pris connaissance des conditions d'inscription
- autorise les directeurs de l'Alsh à consulter le site « Mon compte partenaire » afin de récupérer mon quotient familial nécessaire à la facturation

**Autorisation parentale concernant la fin des activités**

- décharge les organisateurs de toutes responsabilités en cas d'accident qui pourraient survenir en dehors des horaires d'activités
- autorise mon enfant à partir seul après les activités de l'Alsh  
 oui       non
- autorise mon enfant à partir, accompagné des personnes nommées ci dessous : .....  
.....  
.....

**Autorisation parentale pour l'utilisation de photos et de vidéos**

Madame, Monsieur,.....  
 autorise l'ALSH à prendre des photos de mon enfant  
(p.s : ces photos peuvent être utilisées pour des activités, pour les bulletins municipaux, ...)  
 n'autorise pas

Fait le ..... Signature :

**L'enfant**

Nom : .....  
Prénom : .....  
Date de naissance : .....  
Adresse : .....

**Parent 1**

Nom, prénom: .....  
Date de naissance et lieu de naissance : .....  
Adresse si différente de celle de l'enfant : .....  
.....  
Tél. domicile : ..... Tél. portable : .....  
Tél. professionnel : .....

**Parent 2**

Nom, prénom: .....  
Date de naissance et lieu de naissance : .....  
Adresse si différente de celle de l'enfant : .....  
.....  
Tél. domicile : ..... Tél. portable : .....  
Tél. professionnel : .....

**Autres renseignements**

Adresse email : .....  
  
Autres coordonnées de personnes en cas de besoin :  
.....  
.....

Vous êtes ressortissant :                       CAF                       MSA  
Votre numéro d'allocataire : .....

## RENSEIGNEMENTS MEDICAUX CONCERNANT L'ENFANT

### Allergies

Alimentaires            oui – non            précisez : .....

.....

Médicamenteuses    oui – non            précisez : .....

.....

Autres .....

Préciser la conduite à tenir : .....

.....

Préciser les **difficultés de santé** (maladies, accident, crises convulsives, hospitalisation, opération...) en précisant les dates et les précautions à prendre : .....

.....

.....

.....

Nom et numéro de téléphone du médecin traitant : .....

.....

### Vaccinations

(à remplir à l'aide du carnet de santé ou des certificats de vaccination) :

Vaccins obligatoires	Date des derniers rappels
Diphtérie-Tétanos-Poliomyélite	
Coqueluche	
Hépatite B	
Rubéole-Oreillons-Rougeole	
Haemophilus	
Pneumocoque	
Méningocoque C	

### Informations générales

L'enfant sait t-il nager ?            oui – non

Pointure de l'enfant : .....

Taille : .....

### Recommandations utiles des parents (port de lunettes, ....) :

.....

.....

.....

.....

.....

### Attestation pour le règlement

Le règlement est affiché à l'Alsh et est disponible sur le site internet de la commune : [www.saint-thuriau.fr](http://www.saint-thuriau.fr).

Je soussigné(e) M .....atteste avoir pris connaissance du règlement de l'ALSH.

Fait le .....

Signature :

**CETTE FICHE EST VALABLE POUR L'ANNEE SCOLAIRE**