



✉ Espace Nelson Mandela - 24290 MONTIGNAC

☎ 05 53 51 86 88 📧 cromignons.alm@orange.fr

Fiche de renseignements ALSH 2022

NOM	Prénom	Sexe (M/F)	Date et lieu de naissance	Age	Classe

Père - NOM Mère - NOM
- prénom - prénom
- profession - profession
- employeur - employeur

Situation familiale Marié(e) Divorcé(e) Vie maritale Célibataire Veuf(ve)

Adresse Adresse Internet

N° de téléphone - domicile - portable (mère)
- portable (père) - travail

N° de Sécurité Sociale sous lequel l'enfant est couvert

Régime d'appartenance CAF MSA Autre (indiquer lequel)

N° d'allocataire **Attention : Votre numéro d'allocataire et quotient familial sont importants. Joindre obligatoirement la copie du passeport loisirs CAF ou MSA, ainsi que la copie de l'attestation de carte vitale sous laquelle est couvert l'enfant. Sans ces éléments le tarif le plus élevé sera appliqué.**

Assurance N° Police et adresse

Médecin N° téléphone et adresse

Vaccinations (Se référer au carnet de santé ou joindre certificat médical de contre-indication)

D.T.P le Rappel D.T.P le Groupe Sanguin

Maladies contractées Rubéole Oreillons Rougeole Varicelle Scarlatine

Observations particulières (traitement médical, régime alimentaire, allergies, baignade, énurésie, lunettes, appareil dentaire...)

L'AUTORISATION PARENTALE

Je soussigné(e) responsable légal de l'enfant

- Autorise mon enfant à participer aux différentes activités organisées par le centre de loisirs
- Autorise mon enfant à partir seul après les horaires du centre de loisirs (17 h 30) (cocher si besoin)
- Autorise les personnes suivantes à venir chercher mon enfant après les horaires du centre de loisirs (17 h 30)

NOMS et Prénoms	Liens de parenté (avec l'enfant)	Numéros de téléphone

- Décharge les organisateurs de toute responsabilité en cas d'accident qui pourrait survenir avant la venue et après le départ du centre de loisirs (9 h 00 – 17 h 30)
- En cas d'accident grave survenant à mon enfant, j'autorise le dirigeant du centre à prendre pour moi les mesures d'urgence nécessaires (appel du médecin, et éventuellement transfert à l'hôpital le plus proche)
- M'engage à rembourser les frais médicaux et pharmaceutiques avancés par les organisateurs en raison des soins engagés
- Autorise l'association à faire transporter mon enfant pour les besoins des activités du centre de loisirs avec les véhicules de l'association (conduits par l'équipe d'animation), ou par des moyens de transports collectifs (cars, bus, trains...)
- Autorise Amicale Laïque du Montignacois à reproduire des photos de mon enfant dans le cadre des activités de l'association sur le site internet du centre de loisirs et pour la presse oui - non
- Certifie exacts les renseignements portés sur la présente fiche

Signature du responsable légal suivie de la mention « Lu et approuvé ».

Fait à Le