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 : alsh@ville-verdon.org

# FICHE DE RENSEIGNEMENTS

**ENFANTS CONCERNES** :

| NOM | PRENOM | M/F | Date de naissance |
|---|---|---|---|
| | | | |
| | | | |
| | | | |

**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 : alsh@ville-verdon.org

**REGIME** :

☐ Allocataire CAF (Régime Général) ☐ MSA (Régime Agricole) ☐ Autres (précisez) :.....

**MON ENFANT BENEFICIE D'UN PAI (PROJET D'ACCUEIL INDIVIDUALISE) :**

☐ oui ☐ non

Si oui, merci de nous fournir les documents du PAI.

**MON ENFANT BENEFICIE DE L'AEEH (ALLOCATION EDUCATION DE L'ENFANT HANDICAPE) :**

☐ oui ☐ non

Si oui, merci de nous fournir la notification de droit AEEH.

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

NOM/Prénom :.....

Tél. portable/domicile :.....

Lien de parenté :.....

**CORDONNEES DE LA PERSONNE EN CHARGE DU PAIEMENT :**

☐ Père ☐ Mère

☐ Autre : précisez

Nom/Prénom :.....

Adresse :.....

.....

Mail :.....

Tél. :.....

***Votre adresse mail est indispensable pour la facturation et envois administratifs.***

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 : alsh@ville-verdon.org

## AUTORISATION PARENTALE

Je soussigné(e) ....., avoir pris connaissance de l'ensemble du dossier et en accepter 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 | |

- Les enfants seront repris à la fin de la journée par les parents ou tout autre personne habilitée par les parents, inscrite ci-dessous (3 personnes maximum) :

| NOM/Prénom | LIEN | TELEPHONE |
|---|---|---|
| | | |
| | | |
| | | |

- J'autorise mon ou mes enfant(s) à se rendre seul à la structure sous mon entière responsabilité en respectant les horaires indiqués : oui ☐ non ☐

- 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 – Complexe Sportif Jean Dabis - 33 123 LE VERDON-sur-MER
Tél. : 06 70 06 74 49/ 05 56 09 89 14
Email : alsh@ville-verdon.org

- J'autorise le directeur de l'accueil 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 Sport Vacances Le Verdon/Mer** ou sur celle de la Mairie **Le 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 de l'accueil 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 de l'accueil 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 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 : alsh@ville-verdon.org

**FICHE DE LIAISON SANITAIRE**

**ENFANT**
Nom :
Prénom :
Date de naissance :
**TEL :**

Garçon ☐ Fille ☐

## VACCINATIONS

| VACCINS OBLIGATOIRES | OUI | NON | DATES DES DERNIERS RAPPELS | VACCINS RECOMMANDES | DATES |
|---|---|---|---|---|---|
| Diphtérie | | | Hépatite B | | |
| Tétanos | | | Rubéole-Oreillons-Rougeole | | |
| Poliomyélite | | | Coqueluche | | |
| **Ou** DT Polio | | | Autres (Préciser) | | |
| **Ou** 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 : alsh@ville-verdon.org

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 :.....