



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	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 - 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) :

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

NOM/Prénom :

Tél. portable/domicile :

Lien de parenté :



- 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 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 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

- J'autorise le directeur ou le représentant 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 <input type="checkbox"/>	Fille <input type="checkbox"/>

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 :