

	3/6 ans (r	maternelle)	\Box 7	/10 ans	(primaire)) 🔲	Ados [
--	------------	-------------	----------	---------	------------	-----	--------	--

FICHE DE RENSEIGNEMENTS ET SANITAIRE 2023-2024 ALSH Accueil de Loisirs/Club Ados

TOUT DOSSIER INCOMPLET NE SERA PAS PRIS EN COMPTE

Pour tout autre renseignement n'hésitez pas à nous contacter.

Coordonnée: periscolaire@meroux-moval.fr ou au 07 81 11 94 71 / 03 70 04 81 79

Nom et prénom de l'enfant :					
	e naissance ://. ents à joindre au dossie			révolu : Classe : ENTS – MERCI	
Fiche de renseignement/sanitaire Photo d'identité (1 exemplaire, ne pas agrafer)					
Photocopie du carnet vaccination Coupon règlement intérieur		Attestation d'assurance extrascolaire Coupon guide de la restauration scolaire			
	pon regiennent interieur		сопроп	galac de la restauration secialie	
RESPO	NSABLE(S) DE L'ENFANT				
	NOM	PRENOM		ADRESSE	
Père				100000000000000000000000000000000000000	
	TEL	TEL PRO		ADRESSE MAIL	
NOM		PRENOM		ADRESSE	
Màra					
Mère	☎ TEL	TEL PRO		ADRESSE MAIL	
Garde de l'enfant : Conjointe □ Père □ Mère □ Par Alternance □			Mère □ Par Alternance □		
Restauration scolaire : Repas traditionnel					
Si OUI N	OUI Iuméro allocataire CAF (ob	NON 🗆		efiter d'un tarif en fonction du quotient famil	
	NOM	PRENOM		LIEN DE PARENTE	
	≅ TEL	TEL PORTABLE			
	NOM	PRENOM		LIEN DE PARENTE	
	☎ TEL	EL TEL PORTABLE			
ASSURA	ANCE EXTRASCOLAIRE DE	L'ENFANT Joindre une	copie de l'atte	estation d'assurance :	

Nom de l'or	ganisme:	 	
Non ac i oi	Samonic	 *******************************	

<u>DECHARGE DE RESPONSABILITE</u> : J	'autorise mon enfant à quitter l'ac	cueil de loisir avec :			
NOM	PRENOM LIEN DE PARENTE				
☎ TEL	TEL PORTABLE				
NOM	PRENOM	LIEN DE PARENTE			
☎ TEL	TEL PORTABLE				
Mon enfant peut quitter le lieu d'a		NON _			
Mon enfant peut quitter les études	dirigées seul : OUI	NON Pas concerné			
<u>DROIT DES LIBERTES</u> : J'autorise la prise de photos ou vid	éos OUI NON				
J'autorise la diffusion de photos ou					
J'autorise l'utilisation de mon adre:		e OUI NON 🗆			
Ces restrictions ne pourront pas s'appliquer aux photos ou vi	déos collectives. Les diffusions ne seront aucunement réalis	ées à des fins commerciales.			
MODALITES DE PAIEMENT : Les factures mensuelles sont à envi	over à : M ou Mme				
Adresse:	•				
Je m'engage à régler les sommes d	ues à la réception des factures 🗌 <mark>S</mark> i	gnature			
FIGUE CAND	TAIDE				
FICHE SANI	TAIRE Joindre une copie des vaccin	s à jour			
<u>VACCINATIONS</u> (se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccinations de l'enfant).					
VACCINS OBLIGATOIRES : Di	ohtérie, 🔲 Tétanos, 🗖 Poliomyé	lite, 🗌 Ou DT polio, Ou Tétracoq, 🔲 BCG.			
VACCINS RECOMMANDÉS :					
SIL'ENFANT N'A PASTES VAC	CINS OBLIGATOIRES JOINDRE UN CERTIFICA	AT MÉDICAL DE CONTRE-INDICATION			
	ACCIN ANTI-TÉTANIQUE NE PRÉSENTE AUC				
RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX COM	CERNANT L'ENFANT				
L'enfant suit-il un traitement médical pen		□ non			
		icaments dans leur emballage d'origine marquées au			
2007	otice et la posologie). Aucun médicament ne				
	_				
Company of the Compan					
☐ Médicamenteuses: ☐ Autres: ☐ Autres:					
PRÉCISEZ LA CAUSE DE L'ALLERGIE ET LA CONDUITE À TENIR (si automédication, merci de le signaler)					
	•				
INDIOLIFZ CLAPRÈS : LES DIEFICILITÉS DE SANT	É/MALADIE ACCIDENT CRISES CONVILLISIVES HOS	DITALISATION OPÉRATION PÉÉDLICATION			
INDIQUEZ CI-APRÈS: LES DIFFICULTÉS DE SANTÉ (MALADIE, ACCIDENT, CRISES CONVULSIVES, HOSPITALISATION, OPÉRATION, RÉÉDUCATION) EN PRÉCISANT LES DATES ET LES PRÉCAUTIONS À PRENDRE.					
RECOMMANDATIONS UTILES DES	PARENTS				
VOTRE ENFANT PORTE-T-IL DES LENTILLES, DES LUNETTES, DES PROTHÈSES AUDITIVES, DES PROTHÈSES DENTAIRES, ETCPRÉCISEZ.					
	,				
NOM ET TÉL. DU MÉDECIN TRAITANT (FAC	ULTATIF)				
	, responsable de l'enfa	nt, déclare exacts les renseignements portés sur			
cette fiche.	Date :Sig	nature :			
i ait a .	Date318	mature.			