

Accueil de Loisirs du Pays de Marcillat en Combraille

Année 2025

Fiche renseignements (une par enfant)

Nom/Prénom de l'enfant : Structure : Marcillat Villebret

Informations générales

Responsable légal 1 : Nom:.....Prénom:.....

Adresse :

CP : Commune :

Tél perso (mobile de préférence) :/...../...../...../..... Tel Pro :/...../...../...../.....

Adresse mail :

Responsable légal 2 : Nom:.....Prénom:.....

Adresse :

CP : Commune :

Tél perso (mobile de préférence) :/...../...../...../..... Tel Pro :/...../...../...../.....

Adresse mail :

Allocataire : CAF (N° allocataire :) MSA Autres :

N° de Sécurité Sociale :

Personne à contacter en cas d'urgence hors responsables légaux :

Nom..... Prénom..... Tel :...../...../...../...../.....

Liste des personnes autorisées à venir chercher mon/mes enfant(s)

NOM - Prénom	Statut (Lien de parenté, amis, voisin, ...)

Je soussigné (e),

Responsable légal du/des enfant(s) mentionné (s) dans le tableau au recto de la présente,

Autorise que le Centre Social Rural du Pays de Marcillat-en-Combraille photographie mon/mes enfant(s) pour illustrer d'éventuels outils de communication (google drive, presse, Facebook/Instagram du CSR, etc ...)

N'autorise pas que le Centre Social Rural du Pays de Marcillat-en-Combraille photographie mon/mes enfant(s) pour illustrer d'éventuels outils de communication (google drive, presse, Facebook/Instagram du CSR, etc ...)

Autorise mon/mes enfant(s) à rentrer seul(s) à partir de 12h (inscription sur la matinée) ou à partir de 17h (Inscription à la journée)

N'autorise pas mon/mes enfant(s) à rentrer seul(s)

Attention: Seuls les enfants nés avant le 1er janvier 2016 peuvent être autorisés à rentrer seuls.

Déclare avoir lu et approuvé le règlement intérieur de l'Accueil de Loisirs.

Fait à le/...../.....

Signatures des responsables légaux:

Accueil de Loisirs du Pays de Marcillat en Combraille

Année 2025

Fiche sanitaire de liaison (une par enfant)

1- Enfant

NOM : PRENOM :

DATE DE NAISSANCE : GARÇON FILLE

2- Vaccinations (Photocopie du carnet de vaccination obligatoire)

3 - Renseignements médicaux concernant l'enfant

L'enfant suit-il un **traitement médical** pendant le séjour ? Oui Non

Si oui, joindre une **ordonnance récente** et les **médicaments** correspondants

(Boîtes de médicaments dans leur emballage d'origine marquées au nom de l'enfant avec la notice)

Aucun médicament ne pourra être pris sans ordonnance

Allergies

Asthme : Oui Non

Médicamenteuse : Oui Non

Alimentaires : Oui Non

Autres :

Précisez la cause de l'allergie et la conduite à tenir (si automédication, le signaler).....
.....

INDIQUEZ-CI APRES :

Les **difficultés de santé** (maladie, accident, crises convulsives, hospitalisation, opération, rééducation) en précisant les dates et les **précautions à prendre**.

.....
.....

4- Recommandations utiles des parents

Votre enfant porte-t-il des lentilles, des lunettes, des prothèses auditives, des prothèses dentaires, etc... Précisez.

.....

Suit-il un régime particulier. Précisez.

.....

5- Responsable de l'enfant

NOMPrénom

ADRESSE (pendant le séjour)

.....

☎ (domicile)..... ☎ (bureau).....

☎ (portable).....

MEDECIN TRAITANT

GROUPE SANGUIN :

Je soussigné (e),, responsable légal de l'enfant, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise le responsable du séjour à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de l'enfant.

Signatures des responsables légaux :