

Accueil de Loisirs du Pays de Marcillat en Combraille

Année 2026

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 11h30 (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 2017 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 2026

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

L'enfant est bénéficiaire d'une AEEH (Allocation d'Education de l'Enfant Handicapé). ☐ Oui ☐ Non

(Si oui fournir un justificatif)

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 :