

## PARENTS

### RESPONSABLE LEGAL (1)

Nom Prénom du père:.....

Adresse.....

Code postal : ..... Ville : .....

Téléphone 1 : ..... Téléphone Professionnel : .....

E-mail : .....

Qualité : Père / Mère / Tuteur / Beau-Père / Belle-Mère

Situation de famille : Marié / Célibataire / Divorcé / Concubin / Séparé / Pacsé

Régime sécurité sociale : Général / Autre / MSA

Numéro allocataire CAF :.....

Quotient familial : .....

### RESPONSABLE LEGAL (2)

Nom Prénom de la mère:.....

Adresse.....

Code postal : ..... Ville .....

Téléphone 1 : ..... Téléphone Professionnel : .....

E-mail : .....

Qualité : Père / Mère / Tuteur / Beau-Père / Belle-Mère

Situation de famille : Marié / Célibataire / Divorcé / Concubin / Séparé / Pacsé

Régime sécurité sociale : Général / Autre / MSA

Numéro allocataire CAF :.....

Quotient familial : .....

Fiche d'autorisation remise

Avis d'imposition ou quotient familial

photocopie carnet santé pour DT Polio

Date : \_\_/\_\_/\_\_\_\_

Signature des Responsables légaux :



# ENFANT

Le 03/05/2017

Nom Prénom :

Adresse :

Sexe : Garçon / Fille

Date de naissance : \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Ecole :

Téléphones :

1. Responsable légal (1): Tél 1.. Tel2 :.....

2. Responsable légal 2 : Tél 1.....Tél2.....

## PERSONNES AUTORISEES A VENIR CHERCHER L'ENFANT (en dehors des parents)

Nom Prénom:.....

Téléphones : .....

Lien de parenté : .....

Nom Prénom:.....

Téléphones : .....

Lien de parenté : .....

Nom Prénom:.....

Téléphones : .....

Lien de parenté : .....

## AUTORISATION PARENTALE

Je soussigné(e), père, mère, tuteur légal .....autorise mon enfant..... :

A être hospitalisé en cas de besoin. J'autorise la direction et l'équipe d'animation à prendre toutes les dispositions nécessaires concernant l'état de santé de mon enfant

A être filmé ou photographié dans le cadre de l'activité pour une diffusion éventuelle (affichage centre de loisirs, bulletin municipal)

A participer aux sorties et aux activités organisées par le centre de loisirs

A utiliser les transports en commun et les cars en cas de déplacements pour les activités

A être emmené par un animateur dans le cadre des activités

A rentrer seul chez lui

Date : \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Signature des responsables légaux :

**CENTRE DE LOISIRS**

90 Route de l'avenir

74370 ARGONAY  
Téléphone : 04.50.09.76.55  
Fax : 04 50 27 36 82  
E-Mail : centre.loisirs@mairie-argonay.fr



**INFORMATIONS MEDICALES**

**ENFANT**

Nom et prénom : .....

Date de naissance : \_\_/\_\_/\_\_

Adresse / CP / Ville : .....

**Téléphones :**

- |                          |       |       |     |
|--------------------------|-------|-------|-----|
| 1. Responsable légal 1 : | Tél 1 | Tél 2 | Pro |
| 2. Responsable légal 2 : | Tél 1 | Tél 2 | Pro |
| 3. Famille d'accueil :   | Tél 1 | Tél 2 |     |

**PAI ( Projet d'Accueil Individualisé ) :**

)  Date de renouvellement \_\_/\_\_/\_\_

**MEDECINS**

Nom : .....

Adresse / CP / Ville : .....

Téléphone : .....

Spécialité : .....

**VACCINS**

DTPolio 09/02/2001 \_\_/\_\_/\_\_ \_\_/\_\_/\_\_ \_\_/\_\_/\_\_

**MALADIES INFANTILES**

Coqueluche	__/__/__	Rougeole	__/__/__	Scarlatine	__/__/__
Oreillons	__/__/__	Rubéole	__/__/__	Varicelle	__/__/__

**COMMENTAIRES**

Antécédents médicaux :

Interventions chirurgicales :

Autres maladies :

Allergies et conduite à tenir :

Observations :