

1. Identité

Nom : Prénom :

Date de naissance : Âge :

Sexe : Fille Garçon

Ecole fréquentée :

Classe et enseignant :

Régime alimentaire :

2. Renseignements médicaux

- Merci de fournir la photocopie des vaccins de l'enfant.
 - Votre enfant suit-il un traitement médical ? Oui Non (Si oui, joindre une ordonnance récente et les médicaments correspondants (dans leur boîte d'emballage d'origine marquée au nom de l'enfant avec la notice)
Aucun médicament ne sera donné sans ordonnance
 - Votre enfant a-t-il de l'asthme ? Oui Non. Si oui, préciser la conduite à tenir :
 - Votre enfant a-t-il des allergies alimentaires ? Oui Non. Si oui, préciser lesquelles et la conduite à tenir :
 - Votre enfant a-t-il d'autres types d'allergies ? Oui Non. Si oui, préciser lesquelles et la conduite à tenir :
 - Votre enfant suit-il un régime alimentaire spécifique ? Oui Non. Si oui, préciser lequel :
 - Autres difficultés, recommandations ou précautions particulières (handicap, maladie, port de prothèse, hospitalisation, opération...) :
 - Afin de répondre aux demandes d'éléments de notre partenaire CAF, merci d'indiquer si votre enfant :
 - A un dossier MDPH en cours ? N° dossier.....
 - S'il est accompagné par un AVS ?
 - Par quelle structure est-il suivi (IME, sessad, ...) ?
- Pour une coordination de nos actions et dans l'intérêt de l'enfant, autorisez-vous le directeur à prendre contact avec les professionnels qui le suivent ? Oui Non
- Dans ce cas merci de nous fournir les coordonnées.

3. Autres renseignements

que vous jugez utile de porter à notre connaissance

.....
.....
.....
.....
.....

4. Autorisations parentales

Je soussigné(e), responsable légal des enfants cités ci-dessus, déclare exact les renseignements portés sur cette fiche et m'engage à prévenir le directeur de tout changement d'informations déclarées ci-dessus.

- Autorise les personnes suivantes à prendre en charge mes enfants à la sortie de l'accueil de loisirs :

Nom	Prénom	Lien avec les enfants*	N° de tel fixe	N° de tel portable

- Autorise mon enfant à rentrer seul à son domicile Oui Non

Fait à : Le/...../..... Signature du responsable légal :

5. Cadre réservé à l'administration

Revenus mensuel pris en compte dans CDAP ou sur la feuille d'imposition :

Nombre d'enfants mineurs à charge pris en compte :

Période d'inscription de l'enfant :

.....
.....
.....
.....