



Nom de l'enfant :

Prénom de l'enfant :

Sexe :

Date de naissance :

Ecole :

Classe :

Taille :

Poids :

Autorisation de Filmer :

Autorisation de rentrer seul :

Mutuelle :

Est-il assuré :

Assureur :

Autorisation d'intervention médical :

Médecin traitant :

PAI (Projet d'Accueil Individualisé) : OUI NON

| Personnes à prévenir en cas d'accident et téléphone | Personnes habilitées à récupérer l'enfant et téléphone |
|---|--|
| | |
| | |
| | |

Situation familiale : Jugement (droit de garde) : OUI NON En date du : Remis le :

Désirez-vous recevoir la facture par mail :

Souhaitez-vous recevoir la newsletter :

CAF :

N° CAF :

Quotient :

RESPONSABLE : Nom :

Prénom :

Adresse :

Ville :

Tél. Domicile :

Tél. Professionnel :

Tél. Portable :

Email :

N° de Sécu. :

Centre de Sécu. :

Employeur :

Profession :

RESPONSABLE : Nom :

Prénom :

Adresse :

Ville :

Tél. Domicile :

Tél. Professionnel :

Tél. Portable :

Email :

N° de Sécu. :

Centre de Sécu. :

Employeur :

Profession :

Je soussigné(e) déclare exacts les renseignements notifiés ci-dessus.

Fait à, le :/..../.....

Signature

INDIQUEZ CI-APRES :

LES DIFFICULTES DE SANTE (MALADIE, ACCIDENT, CRISES CONVULSIVES, OPERATIONS, REEDUCATION) EN PRECISANT LES DATES ET LES PRECAUTIONS A PRENDRE.

.....

4 - RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS

VOTRE ENFANT PORTE-T-IL DES LENTILLES, DES LUNETTES, DES PROTHESES AUDITIVES, DES PROTHESES DENTAIRES, ETC...
 PRECISEZ.

.....

5 - RESPONSABLE DE L'ENFANT

NOM : PRENOM :

ADRESSE PENDANT LE SEJOUR :

.....

TEL. FIXE (ET PORTABLE), DOMICILE : BUREAU :

NOM ET TEL. DU MEDECIN TRAITANT (facultatif).....

Je soussigné, 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.

Date :

Signature

**A REMPLIR PAR LE DIRECTEUR A L'ATTENTION DES FAMILLES
 COORDONNEES DE LA STRUCTURE**

Angoul'Loisirs
 5 RUE SAINT GILLES
 17690 ANGOULINS

Tél. : 05 46 56 84 66 Fax : Email : accueil@angoul-loisirs.fr

OBSERVATIONS

.....

