

**FICHE DE RENSEIGNEMENTS ACCUEIL DE LOISIRS SANS HEBERGEMENT -
Service ALSH ☎ 06.64.17.78.46**

ELEVE (une fiche par enfant)

Nom : **Prénom :** **Date de naissance :** __ / __ / ____ **Sexe :** M F

N°assurance scolaire :

Adresse compagnie d'assurance :

Nom – Prénom du Représentant Légal 1 : **Nom – prénom du Représentant Légal 2 :**
.....

Adresse de résidence de l'enfant :

Code postal : **Commune :**

☎ **domicile M. :** ☎ **bureau M. :** ☎ **portable M. :** **I mail :**

☎ **domicile Mme :** ☎ **bureau Mme :** ☎ **portable Mme :** **I mail :**

Situation Familiale : Célibataire Marié(e) Divorcé(e) Séparé(e) Concubin(e) Pacsé(e) Veuf (ve)

Profession représentant légal 1: Adresse employeur :
.....

Profession représentant légal 2 : Adresse employeur :

Mode de règlement auprès du trésors public : prélèvement
Si prélèvement joindre un RIB et l'autorisation de prélèvement

autre (cheque, espèces...)

Renseignements relatifs à votre régime d'allocations familiales :

CAF :.....

MSA :.....

AUTRE :.....

Nom de l'ALLOCATAIRE.....N° D'ALLOCATAIRE :.....

Renseignements médicaux

Nom, adresse et ☎ du médecin traitant :

Allergies : Asthme Oui Non / Médicamenteuses Oui Non / Alimentaires Oui Non / Autres :

Préciser les causes de l'allergie et la conduite à tenir (**si automédication le signaler**) :

Indiquer les difficultés de santé (maladie, accident, opération, rééducation, etc) et préciser les précautions à prendre :

Recommandations utiles des parents :

Votre enfant porte t-il des lentilles, des lunettes, des prothèses auditives, des prothèses dentaires, etc.... (préciser) :

Fait à , le

Lu et approuvé
Signature des parents ou du représentant légal