



Service Affaires Scolaires

Tél : 01.34.93.26.34/35

affaires.scolaires@ville-lemesnilleroi.fr

Accueil de Loisirs Maternel  Primaire

FICHE DE RENSEIGNEMENTS

PHOTO

Année scolaire 202.... / 202....

NOM : .....

PRENOM : .....

Date de naissance..... garçon  fille

PARENTS (responsables légaux) :

<b>PERE</b> Nom..... Adresse..... ..... ..... Employeur..... <input type="checkbox"/> professionnel.....	<b>MERE</b> Nom..... Adresse..... ..... ..... Employeur..... <input type="checkbox"/> professionnel.....
--	--

Autre(s) personne(s) à contacter en cas d'urgence :

Nom : ..... .....

Nom : ..... .....

Prise en charge de l'enfant (autre que ses parents) :

Outre ses parents, l'enfant pourra être confié aux personnes nommées ci-dessous quand il quittera le centre de loisirs :

Nom : ..... .....

Nom : ..... .....

Nous, soussignés :

.....

Responsables légaux de l'enfant.....

Autorisons notre enfant à quitter le centre, seul entre 13h et 13h30  entre 17h et 18h30

- Donnons autorisation à participer à toutes les activités, et sorties en car de l'ALSH
- Donnons autorisation pour prises de vues et diffusion d'images
  - photographier et filmer notre enfant dans le cadre des activités de l'ALSH
  - diffuser l'image de notre enfant lors d'expositions à l'ALSH
  - diffuser l'image de notre enfant dans le journal de la ville
  - diffuser l'image de notre enfant à la presse

**ATTENTION !**  
**Votre enfant ne sera accepté au centre de loisirs**  
**UNIQUEMENT**  
**Quand ce document sera complété, signé et remis au centre de loisirs**

Fait au Mesnil le Roi le .....  
Père :

Signatures

Mère :

# FICHE SANITAIRE

NOM ..... PRENOM .....

Nous, soussignés .....

Responsables légaux de l'enfant.....

1. Attestons que l'ensemble des vaccins ci-après ont été réalisés et sont à jour :

VACCINS	Date de la vaccination	Date du dernier rappel
Diphtérie Tétanos polio (DTP)		
BCG		

En cas d'urgence, un enfant accidenté ou malade est orienté et transporté par les services de secours ou d'urgence vers l'hôpital le mieux adapté. La famille sera immédiatement avertie par un agent du centre de loisirs. L'enfant mineur, ne peut sortir de l'hôpital qu'accompagné de sa famille.

2. Autorisons l'anesthésie de notre fils/fille au cas où, victime d'un accident ou d'une maladie aiguë à évolution rapide, il/elle aurait à subir une intervention chirurgicale.

N° de police d'assurance.....souscrite le.....

Après de : nom de la compagnie.....

N° de sécurité sociale sous lequel l'enfant est couvert.....

Nom de votre mutuelle.....

## Informations complémentaires liées à la santé de l'enfant

.....  
.....

L'enfant bénéficie-t-il d'un P.P.S ? Oui  Non

- Certifierons exacts tous les renseignements portés sur le présent document
- Nous engageons à signaler tout changement intervenant en cours d'année

Fait au Mesnil le Roi le .....

Signatures précédées de la mention « lu et approuvé »

Père :

Mère :

J'accepte la politique de confidentialité.

En cochant cette case et en soumettant ce formulaire, j'accepte que mes données personnelles soient utilisées pour me recontacter dans le cadre de ma demande indiquée dans ce formulaire. Les informations recueillies ne feront pas l'objet d'un traitement informatique autre que les finalités acceptées ci-dessus.

## RENOUVELLEMENT DE DOSSIER

Année scolaire 202.../202...

Année scolaire 202.../202...

Année scolaire 202.../202...

Date :

Date :

Date :

Signature :

Signature :

Signature :