

# Accueil de Loisirs du Pays de Marcillat en Combraille

Année 2024

## Fiche renseignements (une par enfant)

Nom/Prénom de l'enfant : ..... Structure :  Marcillat  Villebret

### Informations générales

**Responsable légal 1** : Nom:.....Prénom:.....

Adresse : .....

CP : ..... Commune : .....

Tél perso (mobile de préférence) : ...../...../...../...../..... Tel Pro : ...../...../...../...../.....

Adresse mail : .....

**Responsable légal 2** : Nom:.....Prénom:.....

Adresse : .....

CP : ..... Commune : .....

Tél perso (mobile de préférence) : ...../...../...../...../..... Tel Pro : ...../...../...../...../.....

Adresse mail : .....

**Allocataire** :  CAF (N° allocataire : ..... )  MSA  Autres :

**N° de Sécurité Sociale** : .....

**Personne à contacter en cas d'urgence hors responsables légaux** :

Nom..... Prénom..... Tel :...../...../...../...../.....

### Liste des personnes autorisées à venir chercher mon/mes enfant(s)

NOM - Prénom	Statut (Lien de parenté, amis, voisin, ...)

Je soussigné (e), .....

Responsable légal du/des enfant(s) mentionné (s) dans le tableau au recto de la présente,

Autorise que le Centre Social Rural du Pays de Marcillat-en-Combraille photographie mon/mes enfant(s) pour illustrer d'éventuels outils de communication (google drive, presse, Facebook/Instagram du CSR, etc ...)

N'autorise pas que le Centre Social Rural du Pays de Marcillat-en-Combraille photographie mon/mes enfant(s) pour illustrer d'éventuels outils de communication (google drive, presse, Facebook/Instagram du CSR, etc ...)

.....

Autorise mon/mes enfant(s) à rentrer seul(s) à partir de 12h (inscription sur la matinée) ou à partir de 17h (Inscription à la journée)

N'autorise pas mon/mes enfant(s) à rentrer seul(s)

**Attention: Seuls les enfants nés avant le 1er janvier 2015 peuvent être autorisés à rentrer seuls.**

Déclare avoir lu et approuvé le règlement intérieur de l'Accueil de Loisirs.

Fait à ..... le ...../...../.....

**Signatures des responsables légaux:**

# Accueil de Loisirs du Pays de Marcillat en Combraille

Année 2024

## Fiche sanitaire de liaison (une par enfant)

### 1- Enfant

NOM : ..... PRENOM : .....

DATE DE NAISSANCE : .....  GARÇON  FILLE

### 2- Vaccinations (Photocopie du carnet de vaccination obligatoire)

### 3 - Renseignements médicaux concernant l'enfant

L'enfant suit-il un **traitement médical** pendant le séjour ?  Oui  Non

Si oui, joindre une **ordonnance récente** et les **médicaments** correspondants

(Boîtes de médicaments dans leur emballage d'origine marquées au nom de l'enfant avec la notice)

**Aucun médicament ne pourra être pris sans ordonnance**

### Allergies

Asthme :  Oui  Non

Médicamenteuse :  Oui  Non

Alimentaires :  Oui  Non

Autres : .....

**Précisez la cause de l'allergie et la conduite à tenir (si automédication, le signaler).....**  
.....

### **INDIQUEZ-CI APRES :**

Les **difficultés de santé** (maladie, accident, crises convulsives, hospitalisation, opération, rééducation) en précisant les dates et les **précautions à prendre**.

.....  
.....

### 4- Recommandations utiles des parents

Votre enfant porte-t-il des lentilles, des lunettes, des prothèses auditives, des prothèses dentaires, etc... Précisez.

.....

Suit-il un régime particulier. Précisez.

.....

### 5- Responsable de l'enfant

NOM .....Prénom .....

ADRESSE (pendant le séjour) .....

.....

☎ (domicile)..... ☎ (bureau).....

☎ (portable).....

MEDECIN TRAITANT .....

GROUPE SANGUIN : .....

Je soussigné (e), ....., 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.

**Signatures des responsables légaux :**