



# FICHE DE RENSEIGNEMENT et SANITAIRE ALSH-PERISCOLAIRE

## o ÉTAT CIVIL DE L'ENFANT

NOM : ..... PRÉNOM : .....  
Né(e) le : ..... A : ..... Âge : .....

RESPONSABLE LEGAL :  Père  Mère  Tuteur

### Parent 1

Nom : ..... Prénom : ..... Née le : .....  
Adresse : .....  
Code Postal : ..... Ville : .....  
Tél. Domicile : ..... Tél. Travail : .....  
Tél. Portable : ..... Email : .....@.....

### Parent 2

Nom : ..... Prénom : ..... Né le : .....  
Adresse : .....  
Code Postal : ..... Ville : .....  
Tél. Domicile : ..... Tél. Travail : .....  
Tél. Portable : ..... Email : .....@.....

Personne(s) exerçant l'autorité parentale en cas de séparation ou divorce (fournir une copie de jugement) :

Nom : ..... Prénom : .....

Nom : ..... Prénom : .....

○ **PERSONNES HABILITEES à venir récupérer l'enfant (autre que les parents)**

Nom / Prénom / Qualité / Coordonnées
.....
.....
.....
.....
.....

○ **ALLOCATIONS FAMILIALES**

Pour une prise en compte des ressources des familles, merci de nous fournir une attestation de QF la plus récente possible.

Nom de la caisse (CAF, MSA, autres)	Nom et Prénom de l'allocataire	N° Allocataire

○ **ASSURANCES**

*Il est conseillé aux parents ou à la personne qui est légalement responsable de l'enfant de souscrire une assurance en responsabilité civile et une garantie individuelle (accidents ...)*

Possédez-vous une assurance « RESPONSABILITE CIVILE » pour couvrir votre enfant des dommages corporels qu'il pourrait causer à un tiers ?

OUI

NON

Nom et adresse de l'assurance : .....

N° de la police d'assurance : .....

○ **INFORMATIONS COMPLÉMENTAIRES**

N° Sécurité Sociale (où figure l'enfant) : .....

Nom du Médecin : ..... Tél. : .....



# FICHE DE RENSEIGNEMENT et SANITAIRE ALSH-PERISCOLAIRE

- **RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX CONCERNANT L'ENFANT (traitement médical, maladie, crises convulsives, asthme, énurésie....)** Joindre une attestation du médecin de vaccination à jour

.....  
.....  
.....  
.....  
**Allergies connues** (Alimentaires ou médicamenteuses) :  
.....  
.....

Votre enfant fait-il l'objet d'une déclaration auprès de la MDPH :    **Oui**        **Non**  
Si oui pour quels raisons : .....

## **AUTORISATION DES PARENTS**

Je soussigné(e), Madame, Monsieur, ....., responsable légal de l'enfant,

Déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche.

Autorise mon enfant, à participer à toutes les activités du temps périscolaire et de l'ALSH

Autorise le directeur du centre et le médecin consulté, en cas d'accident, à prendre toutes les dispositions rendues nécessaires par l'état de l'enfant (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale).

Accepte que mon enfant soit photographié lors des activités et donne autorisation à la mairie de L'Hôpital-Camfrout d'utiliser les clichés pour sa communication.

Date : .....

SIGNATURE du représentant légal  
(Précédée de la mention « Lu et approuvé »)

*Nb : Ce document n'est pas confidentiel. Si vous avez des informations confidentielles, veuillez nous les transmettre sous pli cacheté.*