

Photo de l'enfant

(Valable jusqu'au 30 juin 2019)

**Il est recommandé de remplir toutes les rubriques, en lettres capitales,  
avec le plus grand soin**

**NOM et PRENOM de l'enfant : .....**

**1/ Renseignements concernant l'enfant :**

Sexe :  Fille  Garçon

Date de naissance : \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_

Poids : \_\_\_\_\_ Kg      Taille : \_\_\_\_\_ Cm

**2/ Renseignements concernant la famille :**

Nom, prénom du responsable légal de l'enfant :

---

Employeur du responsable :

---

Téléphone du responsable : Domicile : \_\_\_\_\_ Portable : \_\_\_\_\_

Téléphone professionnel : Fixe : \_\_\_\_\_ Portable : \_\_\_\_\_

Numéro de sécurité sociale du responsable de l'enfant : /

Médecin traitant : \_\_\_\_\_

Téléphone du médecin : \_\_\_\_\_

J'autorise l'Accueil de Loisirs à reproduire des photos de mon enfant dans le cadre des activités de  
l'Association et pour la presse

oui  non

L'enfant a-t-il un traitement à l'année :  Oui  Non

Si oui lequel :

---

---

---

Si l'enfant suit un traitement médical, même ponctuel, vous devez nous fournir une ordonnance et les médicaments correspondants (boîte + notice) avec le nom de l'enfant inscrit dessus.

L'enfant est-il allergique :  Oui  Non

Si oui veuillez préciser les allergies (médicaments ou autres) :

---

**POUR LES ALLERGIES ALIMENTAIRES OBLIGATION DE NOUS FOURNIR LE PAI – POUR TOUTES AUTRES ALLERGIES OBLIGATION DE NOUS FOURNIR UN CERTIFICAT MEDICAL.**

L'enfant a-t-il des antécédents médicaux :  Oui  Non

Si oui lesquels :

---

---

---

**Régime alimentaire :**

L'enfant suit-il un régime alimentaire spécial (végétarien, sans porc, sans viande...) :  Oui  Non

Si oui lequel : .....

**Concernant les séjours extérieurs :**

L'enfant mouille t-il son lit :  Oui  Non  Occasionnellement

S'il s'agit d'une fille, est-elle réglée :  Oui  Non

Je soussigné (e) : \_\_\_\_\_

**Déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise le responsable de l'accueil de loisirs ou du séjour à prendre le cas échéant, toutes mesures (soins médicaux, hospitalisation, intervention chirurgicale ...), rendues nécessaires par l'état de mon enfant.**

Fait à : \_\_\_\_\_

Signature du responsable légal :

Le : \_\_\_\_\_