



MAIRIE DE BREHAL
Accueil de Loisirs

ATTENTION
Sans ce document, votre enfant ne pourra pas être
accueilli sur les temps périscolaires (matin-midi-
soir) et/ou extrascolaires (mercredis et vacances
scolaires)

Photo récente
obligatoire

FICHE INDIVIDUELLE DE RENSEIGNEMENTS

L'ENFANT

NOM :

PRÉNOM :

DATE DE NAISSANCE:

Niveau scolaire :

École / Collège :

RESPONSABLES LEGAUX

PÈRE ou TUTEUR

Nom.....

Prénom

Adresse.....

☎ domicile.....

☎ portable

☎ travail.....

Profession

@ Mail

MÈRE ou TUTRICE

Nom.....

Prénom

Adresse.....

☎ domicile.....

☎ portable

☎ travail.....

Profession.....

@ Mail

(adresse @ Important pour la diffusion groupée aux parents d'informations)

Situation matrimoniale :

Célibataire

Marié

Pacsé

Union-libre

Séparé

Divorcé

AUTORISATIONS PARENTALES DÉCHARGEANT LA COMMUNE ET LE PERSONNEL MUNICIPAL DE TOUTE RESPONSABILITÉ

⇒ SORTIR SEUL(E) :

J'autorise mon enfant à rentrer seul(e) àh..... / Jour (s) :

Je n'autorise pas mon enfant à rentrer seul(e)

J'autorise mon enfant à s'absenter de l'accueil le mercredi et pendant le temps périscolaire pour pratiquer l'activité suivante :
Seul(e) ou accompagné(e) par :

⇒ SORTIR AVEC UNE AUTRE PERSONNE :

Indiquer obligatoirement la ou les personnes majeures autorisées à prendre l'enfant en dehors des parents. Cette personne devra présenter obligatoirement une pièce d'identité aux animateurs présents.

Nom et Prénom :

Lien de parenté :

Adresse :

Téléphone :

Nom et Prénom :

Lien de parenté :

Adresse :

Téléphone :

Nom et Prénom :

Lien de parenté :

Adresse :

Téléphone :

N° Sécurité sociale :

Régime général Autre régime: précisez :

CAF : OUI NON

N°Allocataire :

MSA : OUI NON

N°Allocataire :

NOM Prénom et ADRESSE de la personne à qui sera adressée la FACTURATION :

.....

ASSURANCES

Compagnie d'assurance :

N°contrat :

RENSEIGNEMENTS SANITAIRES

ALLERGIES_:

Médicamenteuses : OUI NON

Alimentaires : OUI NON

Autres :

Y-a-t-il un Projet d'accueil individualisé (PAI) pour fixer la conduite à tenir : OUI NON

NOM DU MÉDECIN DE FAMILLE :

Adresse :

PROBLÈMES DE SANTÉ ET RECOMMANDATIONS UTILES :

ACTIVITÉS CONTRE-INDIQUÉES pour raisons médicales :

(joindre un certificat médical)

Je soussigné(e).....
responsable de l'enfant

autorise l'Accueil de Loisirs dans le cadre de ses activités à photographier et/ou filmer mon enfant et utiliser ces supports pour des publications et le site municipal.

autorise le directeur ou l'animateur à prendre toutes les dispositions pour faire soigner et faire pratiquer toute intervention d'urgence jugée utile et nécessaire.

autorise mon enfant à se baigner

certifie avoir pris connaissance du règlement intérieur de l'Accueil de loisirs

certifie que l'ensemble des renseignements portés sur cette fiche sont exacts et m'engage (nous engageons) à communiquer immédiatement au chef de service, les modifications pouvant intervenir en cours d'année : Téléphone, adresse, problème de santé.....

Joindre avec ce document :

- Une attestation d'assurance individuelle accident et responsabilité civile
- Une photocopie des pages vaccinations du carnet de santé. (Ou un certificat médical de contre-indication.)
- Un justificatif de résidence (eau, EDF...)

Fait à :

Le :

Signatures (Responsable légal, parents, tuteur)