

FICHE DE RENSEIGNEMENTS ACCUEIL DE LOISIRS SANS HEBERGEMENT - ANNEE 2018
Service ALSH ☎ 04.95.71.00.23

ELEVE (une fiche par enfant)

Nom : **Prénom** : **Date de naissance** : __ / __ / ____ **Sexe** : M F

N° assurance scolaire : **Adresse compagnie**
d'assurance :

Nom du Représentant Légal 1 : **Nom du Représentant Légal 2** :

Adresse de résidence de
l'enfant :

Code postal : **Commune**

☎ **domicile M.** : ☎ **bureau M.** : ☎ **portable M.** : **I mail** :

☎ **domicile Mme** : ☎ **bureau Mme** : ☎ **portable Mme** : **I mail** :

Situation Familiale : Célibataire Marié(e) Divorcé(e) Séparé(e) Concubin(e) Pacsé(e) Veuf (ve)

Profession représentant légal 1 : Adresse employeur :
.....

Profession représentant légal 2 : Adresse employeur :

Adresse de l'organisme qui verse les prestations familiales :

Renseignements médicaux

Nom, adresse et ☎ du médecin traitant :

Allergies : Asthme Oui Non / Médicamenteuses Oui Non / Alimentaires Oui Non / Autres :

Préciser les causes de l'allergie et la conduite à tenir (**si automédication le signaler**) :

Indiquer les difficultés de santé (maladie, accident, opération, rééducationetc) et préciser les précautions à prendre :

Recommandations utiles des parents :

Votre enfant porte t-il des lentilles, des lunettes, des prothèses auditives, des prothèses dentaires, etc.... (préciser) :

Fait à Figari, le

Lu et approuvé
Signature des parents ou du représentant légal