

École :

ÉLÈVE :

Nom de l'enfant : Prénom de l'enfant :

Adresse : Ville :

Né(e) le : / / Lieu : Classe :

RESPONSABLES LÉGAUX :

	Parent 1	Parent 2
Nom et prénom		
Date de naissance		
Situation familiale		
Autorité parentale	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
Adresse (si différente de celle de l'élève)		
Profession		
Téléphone domicile		
Téléphone portable		
Téléphone travail		
Mail		

**PERSONNES À APPELER EN CAS D'URGENCE ET/OU AUTORISÉES
À PRENDRE L'ENFANT À LA SORTIE (obligatoirement majeures)**

	Tél. :
	Tél. :
	Tél. :
	Tél. :

ASSURANCE DE L'ENFANT

Responsabilité civile : oui non Individuelle accident : oui non
 Compagnie d'assurance : Numéro de police d'assurance
 Nom mutuelle : ou CMU
 N° Sécurité Sociale : N° CAF :

RENSEIGNEMENTS D'ORDRE MÉDICAL

Nom du médecin traitant : N° téléphone :

Indiquez les difficultés de santé :

- Maladies :
- Allergies :
- Intolérance alimentaire :
- Intolérance médicamenteuse :
- Pratique alimentaire :

Vaccins	oui	non	Date dernier rappel
R.O.R			
B.C.G			
D.TCOQ.POLI O			
D.T.P			
AUTRES			

Actuellement l'enfant suit-il un traitement :

oui non

Si oui, lequel :

L'enfant porte-t-il des lunettes / appareil auditif / appareil dentaire :

AUTORISATION D'OPÉRER

Je soussigné autorise toute personne
compétente à opérer mon enfant

..... en cas de nécessité urgente.

Date : / / 20

Nom, prénom et signature du responsable légal :

Je soussigné(e)

responsable légal de l'enfant :

déclare avoir pris connaissance des modalités d'inscriptions et des règlements intérieurs des
Accueils de Loisirs Périscolaires de MARGUERITTES et en accepte les conditions.

Conformément à l'article 5 dudit règlement intérieur, je certifie par la présente accepter que mon
enfant soit filmé et pris en photo, si NON cocher cette case :

À MARGUERITTES, le

/ /20....

Signature :