



Mise a jour de la FICHE DE RENSEIGNEMENT et SANITAIRE

ALSH-PERISCOLAIRE 2023/2024

o ÉTAT CIVIL DE L'ENFANT

NOM : PRÉNOM :

Né(e) le : A :

Âge : Classe :

RESPONSABLE LEGAL : Parent 1 Parent 2 Tuteur
Parent 1 Parent 2

Nom :Prénom : Nom :Prénom :

Adresse : Adresse :

Ville : Ville :

Tél : Tél :

Email :@ Email :@

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

Nom :Prénom :

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

Nom / Prénom / Qualité / Coordonnées

1	
2	
3	
4	
5	

o RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX CONCERNANT L'ENFANT (traitement médical, maladie, crises convulsives, asthme, énurésie...)

Traitement médical : PAI :

Allergies :

Votre enfant fait-il l'objet d'une déclaration auprès de la MDPH (ou en cours):

Oui : Non

o 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 ...)

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.

Accueil de Loisirs

1, Rue des Daphnés – 29460 L'Hôpital-Camfrout – Tél : 02 98 20 10 38 / 06 09 22 80 97

Email : alsh@hopital-camfrout.fr