

# Accueil de Loisirs (ALSH)

## Fiche de renseignements

### Renseignements concernant l'enfant

SEXE :                    F       -       M                    Date de naissance : \_\_\_\_\_

NOM : \_\_\_\_\_                    PRENOM : \_\_\_\_\_

### Responsables légaux

**Mère :**                    Autorité parentale    OUI    NON

Nom marital : \_\_\_\_\_                    Nom de jeune fille : \_\_\_\_\_

Prénom : \_\_\_\_\_

Situation de famille :            Célibataire    -    Mariée    -    Veuve    -    Séparée    -    Pacsée

Adresse : \_\_\_\_\_

Code postal : \_\_\_\_\_                    Ville : \_\_\_\_\_

Tél domicile : \_\_\_\_\_                    Tél portable : \_\_\_\_\_                    Tél travail : \_\_\_\_\_

Adresse mail : \_\_\_\_\_

**Père :**                    Autorité parentale    OUI    NON

Nom : \_\_\_\_\_                    Prénom : \_\_\_\_\_

Situation de famille :            Célibataire    -    Marié    -    Veuf    -    Séparé    -    Pacsé

Adresse : \_\_\_\_\_

Code postal : \_\_\_\_\_                    Ville : \_\_\_\_\_

Tél domicile : \_\_\_\_\_                    Tél portable : \_\_\_\_\_                    Tél travail : \_\_\_\_\_

Adresse mail : \_\_\_\_\_

**Autre organisme :**                    Autorité parentale    OUI    NON

Organisme : \_\_\_\_\_                    Fonction : \_\_\_\_\_

Lien avec l'enfant : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_

Code postal : \_\_\_\_\_                    Ville : \_\_\_\_\_

Tél domicile : \_\_\_\_\_                    Tél portable : \_\_\_\_\_

Adresse mail : \_\_\_\_\_

**Personnes à contacter en cas de problème si les parents sont absents :**

Nom et prénom : \_\_\_\_\_ Tél : \_\_\_\_\_

Nom et prénom : \_\_\_\_\_ Tél : \_\_\_\_\_

**Personnes autorisées à prendre l'enfant :**

Nom et prénom : \_\_\_\_\_ Tél : \_\_\_\_\_

Nom et prénom : \_\_\_\_\_ Tél : \_\_\_\_\_

**Les problèmes médicaux à signaler (maladie, accident, hospitalisation... ) Précisez dates et précautions à prendre :** \_\_\_\_\_

**Points à signaler (lunettes, prothèse, problèmes comportements... ) Précisez :** \_\_\_\_\_

**L'enfant suit-il un traitement médical ?** OUI NON

**Allergies :**

Asthme : OUI NON Médicamenteuses : OUI NON

Alimentaire : OUI NON

**Précisez la cause et la conduite à tenir, si protocole à suivre, le fournir :** \_\_\_\_\_

**Autres renseignements obligatoires :**

Assurance : \_\_\_\_\_ N° Sécurité sociale : \_\_\_\_\_

Régime : CAF n° \_\_\_\_\_ MSA n° \_\_\_\_\_

Pêche n° \_\_\_\_\_ Autre n° \_\_\_\_\_

**PIÈCES À JOINDRE AU DOSSIER :**

- Certificat médical
- Copie du livret des vaccins obligatoires
- Attestation d'assurance

Je soussigné, Monsieur ou Madame \_\_\_\_\_ représentant légal de l'enfant \_\_\_\_\_ autorise le personnel de l'accueil de loisirs à prendre toute décision concernant la santé de mon enfant. J'autorise la MJC à photographier mon enfant lors des activités et à utiliser les photos dans les supports de communication de la MJC : OUI NON

Nous vous rappelons que le Règlement Général sur la Protection des Données (RGPD - 25/05/18) vous permet à tout moment de vous désinscrire de nos réseaux d'informations, d'accéder, modifier ou supprimer les informations vous concernant grâce à ce contact : communication@mjctregunc.fr

**À :** \_\_\_\_\_

**LE :** \_\_\_\_\_

**CERTIFIÉ EXACT**

**SIGNATURE :**