



MAIRIE de
SAINT-LOUP-CAMMAS

Annexe 1

FICHE DE RENSEIGNEMENTS

Enfant(s)

	NOM	PRENOM	DATE DE NAISSANCE	CLASSE
1 ^{er} enfant				
2 ^{ème} enfant				
3 ^{ème} enfant				

Mère

Nom
Prénom
Adresse
Tél domicile.....
Tél travail
Tél portable

Père

Nom
Prénom
Adresse
Tél domicile.....
Tél travail
Tél portable

Personnes à contacter en cas d'urgence (autre que parents)

Nom..... Prénom
Adresse
Tél domicile..... Tél portable.....
Nom..... Prénom
Adresse
Tél domicile..... Tél portable.....

N° CAF :
Médecin traitant.....
Adresse Tél

Vaccinations : Prière de joindre la photocopie du carnet de vaccinations et un certificat de non contre indication à la pratique des activités sportives.

	PRENOM	BCG	DTP
1 ^{er} enfant		<input type="checkbox"/> OUI Date <input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> OUI Date <input type="checkbox"/> NON
2 ^{ème} enfant		<input type="checkbox"/> OUI Date <input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> OUI Date <input type="checkbox"/> NON
3 ^{ème} enfant		<input type="checkbox"/> OUI Date <input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> OUI Date <input type="checkbox"/> NON

Allergies

	PRENOM	Allergies alimentaires	Allergies médicamenteuses	Autres allergies
1 ^{er} enfant				
2 ^{ème} enfant				
3 ^{ème} enfant				

Autres problèmes de santé (un Protocole d'Accueil Individualisé (PAI) peut être établi en cas de pathologie chronique)

	PRENOM	
1 ^{er} enfant		
2 ^{ème} enfant		
3 ^{ème} enfant		

AUTORISATIONS PARENTALES – MESURES D'URGENCE

Je soussigné(e) Madame, Monsieur
 déclare avoir pris connaissance des règlements intérieurs du RESTAURANT SCOLAIRE,
 et des ACCUEILS DE LOISIRS et en avoir informé mon/mes enfant(s).

Autorise mon/mes enfant(s) à participer aux différentes activités proposées par les Accueils de Loisirs et à effectuer, dans le cadre de celles-ci, des sorties et des déplacements à l'extérieur de la structure selon le mode de transport choisi par l'organisateur.

En cas d'accident, j'autorise le Directeur des Accueils de Loisirs à prendre toutes les mesures d'urgence qui s'imposent y compris un transfert en milieu hospitalier.

Je m'engage à signaler par écrit tout changement de situation (adresse, n° de téléphone...).

Le/les responsable (s) Légal (aux),
 (lu et approuvé)
 Signature

Pour le Maire,
 L'adjoint délégué,

 Patrice GERBER