



Fiche de Renseignements Annuelle Année 2017-2018

PHOTO

Accueil Péri-scolaire et Temps d'Activités Péri-scolaires (TAP) et Accueil de loisirs extrascolaire (mercredis et vacances)

**Cette Fiche de Renseignements Annuelle est à déposer
à l'Accueil de loisirs : 26 Avenue de la Princesse 56390 COLPO**

Autres documents à fournir :

- o Les coupons des **règlements intérieurs** signés (TAP, et Accueils péri-scolaire/extrascolaire)
- o Une **attestation d'Assurance** responsabilité civile
- o Une **attestation du Quotient Familial** (si résidant ou travaillant à Colpo)
- o Une photocopie des **bons CAF AZUR** le cas échéant
- o Les **fiches de réservation** TAP, accueils péri-scolaires et extrascolaires le cas échéant
- o Photocopie des **pages de vaccinations** du carnet de santé
- o Photocopie du **PAI** le cas échéant

L'ENFANT

NOM : PRENOM :

DATE DE NAISSANCE :/...../..... AGE : ans Sexe : M F

Nom de l'école : Classe : Nom de l'enseignant :

RESPONSABLE(S) LEGAL(AUX)

Mère Père Tuteur-trice légal-e

Parent 1 :

Adresse :

CP : Ville :

Téléphone domicile :/...../...../...../..... Téléphone portable :/...../...../...../.....

Téléphone travail :/...../...../...../.....

E-mail (important si vous souhaitez recevoir certaines informations : dates de réunions, journal des TAP, programmes...):
.....@.....

Parent 2 :

Adresse :

CP : Ville :

Téléphone domicile :/...../...../...../..... Téléphone portable :/...../...../...../.....

Téléphone travail :/...../...../...../.....

E-mail :@.....

Régime d'appartenance : CAF MSA Autre **N° allocataire :**

Autorisez-vous la direction de l'ALSH à consulter votre QF via CAF PRO : Oui Non

Quotient familial : **Date d'effet :**

Bénéficiaire des bons : CAF (si oui, merci de nous les transmettre)

AUTORISATION DE SORTIE

Je soussigné-e Madame, Monsieur (nom des parents ou tuteur-trice légal-e)

autorise mon enfant à rentrer seul n'autorise pas mon enfant à rentrer seul

autorise à venir chercher mon enfant en cas de retard ou d'indisponibilités (autre que les parents) :

	NOM - Prénom	Adresse	CP - Ville	N° téléphone	Lien avec l'enfant
1					
2					

URGENCES MEDICALES

Médecin traitant : Tél :

En cas d'urgences, je demande à contacter prioritairement : Père Mère Tuteur-trice légal-e

Si nous ne parvenons pas à vous joindre, vous souhaitez que nous prévenions :

	NOM - Prénom	Adresse	CP - Ville	N° téléphone	Lien avec l'enfant
1					
2					

Allergies ou Régime alimentaire particulier :

Asthme Médicamenteuses Alimentaires Autres :

L'enfant a-t-il eu les maladies suivantes ?

Varicelle Angine Rhumatisme Scarlatine Coqueluche

Recommandations utiles des parents :

Précisez si votre enfant porte des lunettes, des prothèses auditives, dentaires ou autres renseignements que vous jugez utiles de nous transmettre :

.....
.....
.....
.....

AUTORISATIONS PARENTALES

Je soussigné-é-e Madame, Monsieur

Mère Père Tuteur légal

AUTORISE l'accueil de loisirs de Colpo à :

- Ce que mon enfant participe aux activités sportives et culturelles proposées.
- Présenter mon enfant au médecin désigné ou si celui-ci était indisponible à tout autre médecin.
- A prendre toutes les dispositions jugées utiles en cas d'accident ou de maladie, pour faire soigner mon enfant, à faire hospitaliser mon enfant en cas d'urgences.
- Photographier mon enfant dans le cadre des activités des accueils et en autorise la parution

Fait à, le

Signature du ou des responsables légaux