****

**ALSH Centre-Socio-Culturel des Hauts du Lyonnais**

**FICHE DE RENSEIGNEMENTS**

(Valable du 08/07/2019 au 02/08/2019)

*ÉCRIRE EN LETTRES CAPITALES*

IDENTIFICATION DE L’ENFANT

NOM :……………………………………………………………… Prénom : ………………………………………………………

Date de naissance : ………………………………………… Âge : ………………………………………………………

Lieu de naissance : ……………………………………………………………………………………

Téléphone (domicile) : …………………………………………

Adresse principale: ………………………………………………………………………………………………………………..

Adresse e-mail  du responsable de l’enfant: …………………………………………………………………………

AUTRES RENSEIGNEMENTS

Numéro de Sécurité Sociale de l’enfant  : ……………………………………………

Régime d’Allocation Familiale : 🞏 CAF 🞏 MSA

Numéro d’Allocation Familiale : ………………………………………………………..

Centre payeur sécurité sociale :………………………………………………………

RESPONSABLES DE L’ENFANT

**Responsable légal 1**:

NOM :……………………………………………………………… Prénom : …………………………………………

Adresse (si différente) : ………………………………………………………………………………………………………………

Profession et nom de l’employeur………………………………………………... Tel Pro : ……………………………………………

Téléphone : ………………………………………… Portable : ……………………………………………

Situation familiale (cocher la case correspondante)

🞏Marié (e) 🞏Célibataire 🞏Séparé (e) 🞏Divorcé(e) 🞏Veuf(ve) 🞏Pacsé(e) 🞏Vit maritalement

Adresse e-mail (si différente) : …………………………………………………………………………

**Responsable légal 2**:

NOM : ……………………………………………………………… Prénom : …………………………………………

Adresse (si différente) : ………………………………………………………………………………………………………………

Profession et nom de l’employeur………………………………………………... Tel Pro : ……………………………………………

Téléphone : ………………………………………… Portable : ……………………………………………

Situation familiale (cocher la case correspondante)

🞏Marié (e) 🞏Célibataire 🞏Séparé (e) 🞏Divorcé(e) 🞏Veuf(ve) 🞏Pacsé(e) 🞏Vit maritalement

Adresse e-mail : …………………………………………………………………………

AUTRE PERSONNE A PRÉVENIR EN CAS D’URGENCE

NOM : ………………………………………………… Prénom : ………………………………………

Téléphone : ……………………………………… Portable : ……………………………………

AUTORISATIONS

Je soussigné(e) ……………………………………………………………..responsable de l’enfant, **autorise**

|  |  |
| --- | --- |
| 🞏 OUI 🞏 NON | Un tiers à venir chercher mon enfant (précisez ci-dessous) |

NOM : ………………………………………… Prénom : ……………………………………………………

Tél : …………………………………………………… Tél portable : ……………………………………………

NOM : …………………………………………………… Prénom : ……………………………………………………

Tél : ……………………………………………………… Tél portable : ……………………………………………

|  |  |
| --- | --- |
| 🞏 OUI 🞏NON | A faire pratiquer en cas de nécessité tous les soins d’urgence, éventuellement sous anesthésie, selon les prescriptions des médecins. |
| 🞏 OUI 🞏NON | Le départ de mon enfant seul après 17h |
| 🞏 OUI 🞏NON | L’utilisation éventuelle d’images (photos, vidéos) représentant mon enfant pour illustrer les publications du centre, des reportages de la presse locale ou pour des expositions photos éventuelles, ainsi que le site internet du Centre Socioculturel des Hauts du Lyonnais |

FICHE SANITAIRE

Nom du médecin traitant : ………………………………………………… ville : ………………………………. Tel :……………………….

Lieu d’hospitalisation souhaité : ………………………………………… ville : ………………………………. Tel :……………………….

**Vaccinations :**

Joindre une photocopie du carnet de vaccination.

L’enfant a-t-il déjà eu les maladies suivantes ? 🞏 Rubéole 🞏 varicelle 🞏 angine 🞏 rougeole 🞏 scarlatine 🞏 coqueluche 🞏 otite 🞏 oreillons

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

🞏 oui 🞏 non

**Si oui** joindre une **ordonnance** récente et les **médicaments** correspondants ***(boîtes de médicaments dans leur emballage d'origine marquées au nom de l'enfant avec la notice)***

Aucun médicament ne pourra être pris sans ordonnance.

•Précisez ci-après les **allergies** (Asthme ? Médicamenteuse ? Autres…) ou **régime(s) alimentaire(s)** **particulier(s)** de l’enfant en indiquant LA CONDUITE A TENIR :

………………………………………………………………………………………………………………………………………………..

•Indiquez ci-après les **difficultés de santé** (maladie, accident, crises convulsives, hospitalisation, opération, rééducation) en précisant les dates et les PRECAUTIONS A PRENDRE :

………………………………………………………………………………………………………………………………………………..

•Autres(s) remarque(s) éventuelle(s) :

………………………………………………………………………………………………………………………………………………..

ATTESTATIONS

Je soussigné(e) ……………………………………………………………………………………………………**atteste**

1. Avoir souscrit une assurance couvrant mon enfant dans la pratique des activités diverses.
2. L’exactitude des renseignements portés sur cette fiche.
3. M’engager à signaler tout changement de situation au plus vite.
4. Je déclare accepter les conditions générales de l’inscription et avoir pris connaissance des projets associatifs et pédagogiques de la structure.

 Fait à……………………………………,le …………..

 Signature du ou des responsable(s) légal(aux)

Précédé de la mention « lu et approuvé »