



Accueil de Loisirs Sans Hébergement (ALSH)

Dossier de renseignements

Mairie de Sainte-Radegonde

1 Place de la Mairie
12850 Sainte-Radegonde

☎ 05 65 42 46 00

✉ mairie-steradegonde@wanadoo.fr

L'ENFANT

NOM: Prénom:

Sexe: M F

Né(e) le/...../.....

Adresses de résidence de l'enfant

Adresse 1:

Adresse 2:

FAMILLE DE L'ENFANT

	PÈRE	MÈRE	AUTRE
Autorité parentale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
NOM			
Prénom			
Adresse (si différente de celle de l'enfant)			
Profession			
COCHER LE(S) NUMÉRO(S) À APPELER EN PRIORITÉ			
Tel domicile	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tel portable	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tel travail	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mail principal			
Mail secondaire (si parents séparés)			

Responsables légaux: en cas de séparation, il est indispensable de renseigner les adresses des deux responsables légaux et de fournir une photocopie de la décision du tribunal.

Si vous bénéficiez d'un PASS:

CAF

MSA

AUTRE

SANTÉ ET ASSURANCE

Protocole ou suivi médical

⇒ Indiquer:

➤ Problème de santé, allergies ou contre-indications:

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

➤ Recommandations des parents (régime alimentaire, précautions diverses, etc.):

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

➤ Port de lunettes: Tout le temps Uniquement pour les activités calmes

- Si traitement médical: fournir l'original de l'ordonnance et le protocole.
- Selon l'article R 227-5 du Code de l'Action Sociale et des Familles, nous sommes tenus de vous informer qu'en tant que responsables légaux de mineur, il est de votre intérêt de souscrire un contrat d'assurance de personnes couvrant les dommages corporels auxquels votre enfant peut être exposé lors des activités auxquelles il participe.

AUTRES ADULTES À CONTACTER EN CAS D'URGENCE

NOM et Prénom:

Lien avec l'enfant:

Adresse:

Tel 1: Tel 2:

- À appeler en cas d'urgence
 Autorisé à récupérer l'enfant en cas d'urgence

NOM et Prénom:

Lien avec l'enfant:

Adresse:

Tel 1: Tel 2:

- À appeler en cas d'urgence
 Autorisé à récupérer l'enfant en cas d'urgence

RAPPEL DES PIÈCES À FOURNIR

- Attestation d'assurance
- Photocopie des vaccins
- Photocopie de la carte vitale (des deux parents si séparation)
- Si traitement médical: l'original de l'ordonnance
- Copie du PASS CAF MSA ou AUTRE
- Si parents séparés: copie de la décision du tribunal

Je reconnais avoir pris connaissance du règlement intérieur de l'ALSH et m'engage à le respecter.

Fait le: À

Signature du père

Signature de la mère