



NOM :	Prénom :
Date de naissance :	Classe/Ecole :

Adulte 1	Responsable légal <input type="checkbox"/>	Adulte 2	Responsable légal <input type="checkbox"/>
Nom : _____		Nom : _____	
Prénom : _____		Prénom : _____	
Adresse: _____			

Portable : _____		Portable : _____	
Téléphone joignable sur le lieu de travail : _____		Téléphone joignable sur le lieu de travail : _____	

Personnes majeures autorisées à récupérer l'enfant mentionnées en D sur le formulaire d'inscription (devant se présenter avec justificatif d'identité))		
Nom Prénom	Téléphone	Lien de parenté
-		
-		
-		

➤ L'enfant suit-il un régime alimentaire particulier ?
 OUI NON
 Si OUI, Précisez (sans porc, sans viande ou allergie) :

➤ **ALLERGIES CONNUES :** OUI NON
Préciser la cause de l'allergie :

➤ Un PAI (Projet d'Accueil Individualisé) a - t-il été mis en place ?
 OUI NON

➤ L'enfant suit-il un traitement médical?
 OUI NON
 Si OUI lequel :

Nom et coordonnées du médecin traitant: _____

❖ **Problèmes de santé** (maladies, accidents, crises convulsives, hospitalisation, opérations,...) en précisant les dates et les précautions à prendre

❖ **Recommandations des parents** (votre enfant porte -t- il des lunettes, prothèses, etc...) précisez

Je (nous) soussigné(s)
 responsable(s) légal(aux) de l'enfant nommé ci-dessus, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche, s'engagent à respecter, après en avoir pris connaissance, le règlement intérieur de l'ALSH, et autorise le responsable du service à prendre, le cas échéant, toutes les mesures (traitements médicaux, hospitalisations, interventions chirurgicales) rendues nécessaires par l'état de l'enfant (après l'avis d'un médecin, et si vous êtes dans l'incapacité de me joindre).

Date :

Signature des responsables légaux :