



FICHE DE RENSEIGNEMENTS

PARENTS

Tuteur légale des enfants :

NOM :

PRENOM :

Adresse :

Tél Domicile :

Tél Travail :

Tél Portable :

Adresse E-Mail :

Relais possible en cas d'urgence N° :

Chez :

Conjoint :

NOM :

PRENOM :

Adresse :

Tél Domicile :

Tél Travail :

Tél Portable :

Adresse E-Mail :

Relais possible en cas d'urgence N° :

Chez :

CAF :

MSA :

Numéro allocataire CAF :

ENFANTS

NOM	PRENOM	Né(e) le	CLASSE ET INSTITUTEUR

RECOMMANDATIONS PARTICULIERES (allergies, régime, etc....)

ENFANT	RECOMMANDATIONS

VACCINS

Joindre les photocopies des pages de vaccination du carnet de santé

PRENOM	PRENOM	PRENOM
vaccination antidiphtérique	vaccination antidiphtérique	vaccination antidiphtérique
vaccination antitétanique	vaccination antitétanique	vaccination antitétanique
vaccination antipoliomyélitique	vaccination antipoliomyélitique	vaccination antipoliomyélitique

MEDECIN DE FAMILLE

NOM, PRENOM:
ADRESSE:
TEL:

Personne(s) autorisée(s) à récupérer le ou les enfants:

(Joindre la photocopie de la carte d'identité des personnes)

Noms, Prénom et numéro de téléphone :

DELEGATION DE POUVOIRS

Je soussigné(e) autorise le personnel du l'Accueil de Loisirs Péri-scolaire et/ou de la cantine et du Centre de Loisirs à présenter mon ou mes enfant(s) à un médecin pour soins d'urgence, et à prendre en cas de nécessité jugée indispensable par le médecin, toute décision de transport, d'hospitalisation ou d'intervention chirurgicale.

Fait à

Le

Signature :