

# ACCUEIL DE LOISIRS DE BARÈGES



39 Route de Labatsus - 65120 BARÈGES  
☎ : 05.62.92.17.00 / 09.63.29.78.12  
☎ Móvil: 06.88.88.06.11  
Email: helios.centredeloisirs@wanadoo.fr  
Web: www.leolagrange-65

AÑO:

6 años

## FICHA DE DATOS

Completar en letras mayúsculas

**APELLIDO** del niño: ..... **NOMBRE** del niño:.....  
Fecha de nacimiento: ..... Lugar de nacimiento: .....  
Dirección del niño: .....  
Código postal: ..... Municipio: .....

### Padre del niño:

**Apellido:** ..... **Nombre:** .....  
**Profesión:** ..... ☎ Domicilio / Trabajo: .....  
☎ Móvil: .....

Correo electrónico: .....

### Madre del niño:

**Apellido:** ..... **Nombre:** .....  
**Profesión:** ..... ☎ Domicilio / Trabajo: .....  
☎ Móvil: .....

Correo electrónico: .....

**Responsable del niño** Padre  Madre  Otro

Si el responsable es distinto de los padres, precise:

**Apellido:** ..... **Nombre:** .....  
☎ domicilio: ..... ☎ móvil: .....

**Régimen de afiliación :** MSA  No beneficiario  Régimen general

**N° de la seguridad social**

(incluso si ya no recibe prestaciones)

### Otras personas a contactar en caso de emergencia:

**Apellido:** ..... **Nombre:** ..... ☎ : .....  
**Apellido:** ..... **Nombre:** ..... ☎ : .....

### AUTORIZACIÓN PARENTAL:

El abajo firmante, Sr o Sra.... :

- **Autorizo a mi hijo** a participar a bañarse bajo supervisión sí  no
- **Autorizo** al centro recreativo Léo Lagrange a utilizar en el marco pedagógico y para información (periódicos, folletos, carteles, fotografías ...) fotos de mi hijo tomadas durante las actividades organizadas por el centro recreativo sí  no
- **Autorizo** al animador responsable para que transporte mi hijo en el vehículo del centro sí  no

**FIRMADO** (precedido de las palabras "leído y aprobado" y la fecha):

La madre

El padre

## Información médica: (para completar según el libro de vacunas)

Nombre del médico responsable (en Barèges): ... ..

Vacunas obligatorias	Sí	No	Fechas vacunas y últimos recordatorios	Vacunas recomendadas	Sí	No	Fechas vacunas y últimos recordatorios
<i>Difteria</i>				<i>Hepatitis B</i>			
<i>Tétanos</i>				<i>-Rubeola - Paperas - Sarampión</i>			
<i>Poliomielitis</i>				<i>Tos ferina</i>			
<i>O DT Polio</i>				<i>OTRAS (precisar)</i>			
<i>O Tetracoq</i>							

Si el niño no está vacunado, ¿por qué? : ... ..



### ¿Es el niño alérgico?

Asma:

Alergia alimentaria:

Alergia medicamentosa:

Otras:

### Otras observaciones - Instrucciones particulares - Conducta a seguir

(Convulsiones, uso de gafas, audífonos, lentillas...)

Si el niño recibe **tratamiento médico** mientras asiste al Centro de Ocios, adjunte la **receta médica** y el tratamiento (cajas de medicamentos en su embalaje original marcado con el nombre del niño y con el prospecto).

**No se puede tomar ningún medicamento sin receta.**

Si se **automedica**, no olvide proporcionarnos una autorización escrita que explique las condiciones de la administración de medicamentos.