

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>				-Rubeola - Paperas - Sarampión			
<i>Poliomielitis</i>				<i>Tos ferina</i>			
<i>O DT Polio</i>				<i>OTRAS</i> (precisar)			
<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.