

# ACCUEIL DE LOISIRS DE BARÈGES

ANNÉE :



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

6 ans

## FICHE DE RENSEIGNEMENTS

À remplir en lettres majuscules

**NOM** de l'enfant : ..... **PRÉNOM** de l'enfant : .....  
Date de naissance : ..... Lieu de naissance : .....  
Adresse de l'enfant : .....  
Code postal : ..... Localité : .....

### Père de l'enfant :

**Nom du père** : ..... **Prénom** : .....  
Profession : ..... ☎ Domicile / Travail : .....  
☎ Portable : .....  
Adresse e-mail : .....

### Mère de l'enfant :

**Nom de la mère** : ..... **Prénom** : .....  
Profession : ..... ☎ Domicile / Travail : .....  
☎ Portable : .....  
Adresse e-mail : .....

**Responsable de l'enfant** Père  Mère  Autre

Si le responsable est autre que l'un des parents, préciser:

**Nom** : ..... **Prénom** : .....  
☎ domicile : ..... ☎ portable : .....

**Régime d'affiliation :** MSA  Non allocataire  Régime général

**N° d'affiliation (n° CAF ou n° MSA)**  
(même si vous ne percevez plus de prestations)

### Autres personnes à contacter en cas d'urgence :

Nom : ..... Prénom : ..... ☎ : .....  
Nom : ..... Prénom : ..... ☎ : .....

### AUTORISATION PARENTALE :

Je soussigné(e), Mr ou Mme... .. :

- **Autorise mon enfant** à participer aux baignades surveillées oui  non
- **Autorise** l'accueil de loisirs Léo Lagrange à utiliser dans le cadre pédagogique et pour l'information (journal, plaquettes, affichage photos, ...) des photos de mon enfant prises au cours des activités mises en place par le centre de loisirs oui  non
- **Autorise** l'animateur responsable à transporter mon enfant dans le véhicule du centre oui  non

**SIGNATURE** (précédée de la mention « Lu et approuvé » et de la date) :

La mère

Le père

## Renseignements médicaux : (à remplir à partir du carnet de santé)

Nom du médecin traitant (à Barèges) : ... ..

Vaccins obligatoires	Oui	Non	Dates vaccinations et derniers rappels	Vaccins recommandés	Oui	Non	Dates vaccinations et derniers rappels
<i>Diphtérie</i>				<i>Hépathique B</i>			
<i>Tétanos</i>				<i>-Rubéole - Oreillons - Rougeole</i>			
<i>Poliomyélite</i>				<i>Coqueluche</i>			
<i>Ou DT Polio</i>				<i>AUTRES (préciser)</i>			
<i>Ou Tétracoq</i>							

Si l'enfant n'est pas vacciné, pourquoi ? : ... ..



### L'enfant est-il allergique ?

Asthme :

Allergie alimentaire :

Allergie médicamenteuse :

Autres :

### Autres observations - Consignes particulières - Conduite à tenir

(crises convulsives, port de lunettes, prothèses auditives, lentilles...)

Si l'enfant suit un **traitement médical** au moment où il fréquentera le Centre de Loisirs, joindre l'**ordonnance médicale** ainsi que le traitement (boîtes de médicaments dans leur emballage d'origine marquées au nom de l'enfant avec la notice).

**Aucun médicament ne pourra être pris sans ordonnance.**

Si **auto médication**, n'oubliez pas de nous fournir une **autorisation manuscrite** en expliquant les conditions de délivrance des médicaments.