**FICHE CENTRE DE LOISIRS**

**ENFANT :**

* **Nom : …………………………………………………… prénom : ………………………………………………..**
* **date de naissance : …………………………………………………………..**
* **N° CAF ou MSA : ……………………………….…………….. Quotient : ……………………………………**
* **Adresse Mail : ………………………………………………………………………………………………………**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **PARENTS** | **Père** | | **Mère** | |
| **Nom / prénom** |  | |  | |
| **Profession** |  | |  | |
| **Tel domicile** |  | |  | |
| **Tel portable** |  | |  | |
| **Tel portable 2** |  | |  | |
| **Tel travail** |  | |  | |
| **Employeur** |  | |  | |
| **Personnes autorisées à reprendre votre enfant**  **ou à prévenir si besoin** | | | | |
| **Nom prénom :** |  |  | |  |
| **Téléphone 1** |  |  | |  |
| **Téléphone 2** |  |  | |  |
| **Lien parenté** |  |  | |  |
| **Questionnaire médical de l’enfant (a-t-il ?)** | **oui** | **non** | | **Si oui**  **lesquelles** |
| **allergies** |  |  | |  |
| **traitement** |  |  | |  |
| **Intervention**  **chirurgicale** |  |  | |  |
| **Sport interdit** |  |  | |  |
| **Lunettes** |  |  | |  |
| **Prothèses** |  |  | |  |
| **Régime alimentaire** |  |  | |  |
| **Asthme** |  |  | |  |
| **convulsions** |  |  | |  |

**Nom du médecin traitant : ……………………………………………………………**

**Hôpital ou clinique souhaité en cas d’accident : ………………………………………………………………………………………………**

**Accueil de Loisirs**

**De Cerisy**

**DOCUMENTS A FOURNIR**

**avant le début du centre**

**Pour chaque enfant inscrit :**

**⁭ la copie du carnet de vaccination pour les enfants de moins de 6 ans**

**⁭ Le n° allocataire CAF ou MSA (si quotient familial inférieur à 900)**

**⁭ la fiche Centre de Loisirs (remplie et signée)**

**⁭ la fiche Autorisations Centre de Loisirs**

**⁭ la fiche sanitaire de liaison**

**------------------------------------------------------------------------------------------**

**ATTENTION**

**Aucun médicament ne sera donné à votre enfant sans une copie de l’ordonnance prescrite par votre médecin**

**Les médicaments destinés à votre enfant doivent être confiés à la directrice de l’accueil de loisirs**

**En cas de régime alimentaire médical joindre une copie de celui-ci**

**--------------------------------------------------------------------------------------------------------**