

NOM DU MINEUR :
 PRENOM :
 DATE DE NAISSANCE :/...../.....
 SEXE : M F
 POIDS :

1 - RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LE MINEUR

Renseignement	Oui	Non	Précision
Allergies alimentaires			
Allergies médicamenteuses			
PAI			
Régime alimentaire			
Traitement médicale avec ordonnance			
Nom du médecin traitant			

2 – RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS

Port des lunettes, de lentilles, d'appareil dentaire ou auditif, comportement de l'enfant, difficultés de sommeil, énurésie nocturne, etc.....

3 - RESPONSABLES DU MINEUR

Responsable N°1 : NOM : PRÉNOM :
 ADRESSE :
 TEL DOMICILE : TEL TRAVAIL : TEL PORTABLE :

Responsable N°2 : NOM : PRÉNOM :
 ADRESSE : CODE POSTALE : VILLE :
 TEL DOMICILE : TEL TRAVAIL : TEL PORTABLE :

4 – PERSONNE AUTORISÉE A RÉCUPÉRER MON ENFANT

NOM : PRÉNOM : EN TANT QUE :
 ADRESSE : CODE POSTALE : VILLE :
 TEL PORTABLE :

NOM : PRÉNOM : EN TANT QUE :
 ADRESSE : CODE POSTALE : VILLE :
 TEL PORTABLE :

5 - AUTORISATION

Je soussigné(e).....	Autorise	N'autorise pas
Les accueils de loisirs à prendre en photo / vidéo et utiliser ces supports pour la communication de la structure (réseaux sociaux, site internet...)		
Les accueils de loisirs à prendre les mesures d'urgences en cas de besoin et à transporter mon enfant pour effectuer des soins (médecin, urgences...)		
Les accueils de loisirs à utiliser mes données personnelles sanitaires pour le traitement sur le logiciel de facturation et de réservation.		
Mon enfant à prendre les transports en commun, sous la surveillance d'un animateur, afin de pratiquer toutes activités organisées.		
Mon enfant à rentrer seul		

Je soussigné(e), responsable légal du mineur, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et m'engage à les réactualiser si nécessaire. J'autorise le responsable de l'accueil de loisirs à prendre, le cas échéant, toutes mesures rendues nécessaires selon l'état de santé de ce mineur

Date :

Signature :