



Mutualité Sociale Agricole



**ACCUEIL DE LOISIRS sans HEBERGEMENT**  
**CDC Saint savin**  
**FICHE de renseignements 2010**  
**Valable de janvier 2010 à décembre 2010**

**ENFANT** : Nom : ..... Prénom : .....  
 Né(e) le : ..... à : ..... Sexe : M  F

**ETABLISSEMENT SCOLAIRE FREQUENTE ET CLASSE** : .....

**FRERES ET SŒURS**

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

**PERE – ou - RESPONSABLE LEGAL**

Mr (NOM): ..... Mme Mlle (NOM) : .....  
 Prénom : ..... Prénom : .....  
 Adresse, rue : ..... Adresse, rue : .....  
 Commune : ..... Commune.....  
 Portable : ..... Portable : .....  
 ☎ (domicile) : ..... ☎ (domicile) : .....  
 Adresse Mail : ..... Adresse Mail : .....

**MERE ou RESPONSABLE LEGAL**

Situation familiale :  mariés  vie maritale  autre (à préciser) : .....  Pacsés

**IMMATRICULATION**

N° de Sécurité Sociale : .....  
 N°CAF ou N° MSA : .....

**INSCRIPTION pour : \* à cocher**

- les mercredis uniquement \*  
 les petites vacances scolaires \* (hors Noël)  
 les grandes vacances (été) uniquement \*  
 les mercredis et vacances scolaires \*  
 les vacances de Noël \*

**Assurance individuelle extra scolaire :**

Compagnie : .....  
 N° de contrat : ..... Période de validité : .....

**Tourner SVP**



**PROFESSION DU PERE :** .....

Employeur (nom et lieu) : ..... ☎ : .....

**PROFESSION DE LA MERE :** .....

Employeur (nom et lieu) : ..... ☎ : .....

**DEPLACEMENT DE L'ENFANT**

**Personnes majeures habilitées à venir chercher l'enfant autre que les parents ou que le responsable légal :**

Nom ..... ☎ : .....

Nom ..... ☎ : .....

Nom ..... ☎ : .....

**Autorisation de retour seul(e) des ALSH:**            oui                                     non

**(uniquement ALSH primaires)**

**INFORMATIONS MEDICALES**

Médecin (Nom) : ..... Commune : ..... ☎ : .....

Groupe sanguin de l'enfant : .....

Vaccins (dernières dates) BCG : ..... Test BCG (+ ou -) : .....

PENTACOQ : ..... ROR: .....autres : .....

Maladies contagieuses contractées : .....

Antécédents médicaux (hospitalisation, malaises, fractures,.....) :

.....

Allergies : .....

Traitements médicaux en cours :            non                                     oui

Préciser :.....

.....

**PHOTOGRAPHIE**

Autorisation de photographier mon enfant dans le cadre des activités et sorties de l'Accueil de Loisirs :

oui                                     non

-----  
Je soussigné(e) :.....

responsable de l'enfant :.....

déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche

Et autorise :

- les responsables des Accueils de Loisirs à prendre le cas échéant toutes mesures (traitements médicaux, hospitalisation, interventions chirurgicales) rendues nécessaires par l'état de mon enfant,
- mon enfant à participer aux activités et sorties organisées par les Accueils de Loisirs.

Fait à .....

Le .....

Signature du Père,

de la Mère,