



Mutualité Sociale Agricole



## ACCUEIL DE LOISIRS sans HEBERGEMENT CDC Saint savin

ALSH - FICHE de renseignements 2012  
Valable de janvier 2012 à décembre 2012

**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

### MERE ou RESPONSABLE LEGAL

Mr (NOM): ..... Mme Mlle (NOM) : .....

Prénom : ..... Prénom : .....

Adresse, rue : ..... Adresse, rue : .....

Commune : ..... Commune.....

Portable : ..... Portable : .....

(domicile) : ..... (domicile) : .....

Adresse Mail : ..... Adresse Mail : .....

\* J'autorise aussi la Communauté de Communes à utiliser mon adresse mail pour me communiquer des informations via l'office de Tourisme  
OUI  NON

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

### IMMATRICULATION

N° de Sécurité Sociale : .....

N°CAF ou N° MSA : .....

### INSCRIPTION pour : \* à cocher

les mercredis uniquement \*

les petites vacances scolaires \*

les grandes vacances \*

Tourner SVP



**Assurance individuelle extra scolaire :**

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

**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 : .....

Maladies contagieuses contractées : .....

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

.....

Allergies : .....

Traitements médicaux en cours : oui  non

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,