

LEO LAGRANGE ANIMATION – Accueil de Loisirs de Coublevie

FICHE DE RENSEIGNEMENT du 01/09/2025 au 31/08/2026

E N F A N T	NOM : _____ PRENOM : _____ SEXE : ☐ Fille ☐ Garçon				
	NE(E) LE : _____ AGE : _____ ☎ Port.(pour les 11-17 ans) : _____				
	Scolarité (Classe) 2025-2026 : _____ Ecole - ville : _____ ☐ Suivi Assistante sociale : _____ ☐ Suivi Education spécialisée : _____				
S A N T E	Régime alimentaire : ☐ Sans porc ☐ Sans viande ☐ Sans poisson ☐ Sans lait ☐ Sans œuf				
	<u>VACCINS (remplir le formulaire ou joindre la copie des vaccinations à jour)</u>				
	<table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 50%; vertical-align: top;"> DT Polio / Trétracoq 1^{er} vaccin : _____ 2^{ème} vaccin : _____ 3^{ème} vaccin : _____ Dernier rappel : _____ Hépatite B : _____ Meningocoque C : _____ </td> <td style="width: 50%; vertical-align: top;"> Autres Vaccinations BCG : ↑ _____ ROR : ↑ _____ Coqueluche : _____ Hæmophilus influenzae de type B : _____ Pneumocoque : _____ Autre (précisez) : _____ </td> </tr> </table>			DT Polio / Trétracoq 1 ^{er} vaccin : _____ 2 ^{ème} vaccin : _____ 3 ^{ème} vaccin : _____ Dernier rappel : _____ Hépatite B : _____ Meningocoque C : _____	Autres Vaccinations BCG : ↑ _____ ROR : ↑ _____ Coqueluche : _____ Hæmophilus influenzae de type B : _____ Pneumocoque : _____ Autre (précisez) : _____
	DT Polio / Trétracoq 1 ^{er} vaccin : _____ 2 ^{ème} vaccin : _____ 3 ^{ème} vaccin : _____ Dernier rappel : _____ Hépatite B : _____ Meningocoque C : _____	Autres Vaccinations BCG : ↑ _____ ROR : ↑ _____ Coqueluche : _____ Hæmophilus influenzae de type B : _____ Pneumocoque : _____ Autre (précisez) : _____			
	<u>Difficultés de santé et/ou recommandations des parents :</u>				
S I T U A T I O N	NOM : _____ Prénom : _____ Portable : _____				
	STATUT : Père : _____ Mère : _____ Autre à préciser : _____				
	PROFESSION : _____ EMPLOYEUR : _____				
	LIEU (trav.) : _____ TELEPHONE (travail) : _____				
F A M I L I A L E	NOM : _____ Prénom : _____ Portable : _____				
	STATUT : Père : _____ Mère : _____ Autre à préciser : _____				
	PROFESSION : _____ EMPLOYEUR : _____				
	LIEU (trav.) : _____ TELEPHONE (travail) : _____				
A D M I N I S T R A T I F	ADRESSE DU DOMICILE : _____				
	CODE POSTAL _____	VILLE _____	☎ Dom. : _____		
	Adresse mail principale : _____				
	N° sécurité sociale rattachement enfant : _____				
	CAF de : _____	N° allocataire : _____	Quotient Familial : _____		

Léo Lagrange Animation – Accueil de Loisirs de Coublevie

FICHE D'AUTORISATION PARENTALE du 01/09/2025 au 31/08/2026

Je soussigné(e)

Responsable légal de l'enfant :

- ☐ Oui ☐ Non Autorise le responsable de l'Accueil de Loisirs à faire soigner mon enfant et à faire pratiquer toute intervention d'urgence, éventuellement sous anesthésie générale, selon les prescriptions du corps médical.
- ☐ Oui ☐ Non Autorise à contacter les personnes suivantes en cas d'urgence si les parents ne répondent pas :
Nom-prénom-téléphone :
Nom-prénom-téléphone :
Nom-prénom-téléphone :
- ☐ Oui ☐ Non Autorise mon enfant à participer à l'ensemble des activités proposées par l'Accueil de Loisirs (sorties, piscine, activités sportives, etc...).
- ☐ Oui ☐ Non Autorise mon enfant à arriver seul sur l'Accueil de Loisirs.
Préciser l'heure : Périodicité :
- ☐ Oui ☐ Non Autorise mon enfant à quitter seul l'Accueil de Loisirs à la fin des activités.
Préciser l'heure : Périodicité :
- ☐ Oui ☐ Non Autorise mon enfant à quitter l'Accueil de Loisirs avec la **personne majeure** suivante :
Nom-prénom-lien :
Nom-prénom-lien :
Nom-prénom-lien :
- ☐ Oui ☐ Non Autorise l'équipe d'animation à photographier, filmer, diffuser et publier l'image de mon enfant dans le cadre de la communication Léo Lagrange ou de la commune.
- ☐ Oui ☐ Non A pris connaissance du Règlement intérieur qui se trouve sur le site :
<http://leo-coublevie.org/>

Pièces à fournir :

- ☐ Copie attestation d'assurance responsabilité civile pour l'enfant pour l'année scolaire 2025-2026
- ☐ Attestation d'Allocataire CAF, MSA ou autre régime **de moins de 3 mois**.
- ☐ Photocopie des vaccinations à jour si non remplie dans la partie santé.

Fait à

le

Signature :