

LEO LAGRANGE ANIMATION – Accueil de Loisirs de Coublevie

FICHE DE RENSEIGNEMENT du 01/09/2026 au 31/08/2027

E N F A N T	NOM : _____			PRENOM : _____			SEXE : <input type="checkbox"/> Fille <input type="checkbox"/> Garçon		
	NE(E) LE : _____			AGE : _____			☎ Port.(pour les 11-17 ans) : _____		
	Scolarité (Classe) 2026-2027 : _____						Ecole - ville : _____		
<input type="checkbox"/> Suivi Assistante sociale :			<input type="checkbox"/> Suivi Education spécialisée :						
S A N T E	Régime alimentaire : <input type="checkbox"/> Sans porc <input type="checkbox"/> Sans viande <input type="checkbox"/> Sans poisson <input type="checkbox"/> Sans lait <input type="checkbox"/> Sans œuf								
	<u>VACCINS (remplir le formulaire ou joindre la copie des vaccinations à jour)</u>								
	DT Polio / Trétracoq			Autres Vaccinations					
	1 ^{er} vaccin :			BCG :↑					
	2 ^{ème} vaccin :			ROR :↑					
3 ^{ème} vaccin :			Coqueluche :						
Dernier rappel :			Hæmophilus influenzae de type B :						
Hépatite B :			Pneumocoque :						
Meningocoque C :			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 : _____								
	CAF de : _____			N° allocataire : _____			Quotient Familial : _____		

Léo Lagrange Animation – Accueil de Loisirs de Coublevie

FICHE D'AUTORISATION PARENTALE du 01/09/2026 au 31/08/2027

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 :

- Attestation d'Allocataire CAF, MSA ou autre régime.
- Photocopie des vaccinations à jour si non remplie dans la partie santé.

Fait à _____ le _____ Signature : _____