

## ENFANT

Nom :	Prénom:	Sexe:
Date et lieu de naissance :	Féminin <input type="checkbox"/>	
Adresse:	Masculin <input type="checkbox"/>	
Etablissement scolaire :	Enseignant :	Classe:
Régime alimentaire : Standard <input type="checkbox"/> Sans porc <input type="checkbox"/> Hallal <input type="checkbox"/> Végétarien <input type="checkbox"/> Autre:		

## PARENTS

MÈRE		Téléphone
Nom :	Prénom :	Privé :
Née le :	Portable :	
Situation familiale :	Professionnel :	
Profession :	Mail :	
Adresse:		
N° SS :	<input type="checkbox"/> Cochez s'il s'agit du même n° pour votre enfant	N° CAF:
PÈRE		Téléphone
Nom :	Prénom :	Privé :
Né le :	Portable :	
Situation familiale :	Professionnel :	
Profession :	Mail :	
Adresse:		
N° SS :	<input type="checkbox"/> Cochez s'il s'agit du même n° pour votre enfant	N° CAF:

## + SPECIFICITE(S) MEDICALE(S)

L'enfant présente-t-il des allergies? (Si oui, lesquelles?):

L'enfant fait-il l'objet d'un Projet d'Accueil Individualisé? Oui  Non

Situation de handicap: Oui  Non  Si oui, de quel handicap s'agit-il?:

Ce handicap est-il reconnu par la MDPH? Oui  Non

## COORDONNEES DU MEDECIN TRAITANT

Nom et prénom:	Portable:
Adresse:	Professionnel:
Spécialité (pédiatre, généraliste, ...):	Mail:

## AUTORISATIONS

- Autorise, en cas d'urgence, le-la directeur(trice) de l'accueil de loisirs à faire pratiquer les interventions médicales nécessaires en cas d'accident grave. oui  non
- Autorise le CSC à se connecter à l'espace CAF PRO afin d'obtenir le quotient familial actualisé oui  non
- Autorise mon enfant à rentrer seul à l'heure de fermeture oui  non
- Autorise le CSC à utiliser l'image de mon enfant dans le cadre des activités oui  non

## LISTE DES PERSONNES AUTORISEES A CHERCHER L'ENFANT (autres que les parents)

N°	NOM:	Prénom:	Téléphone:	Lien de parenté:
1				
2				
3				
4				

- Certifie l'exactitude de tous les renseignements cités ci-dessus
- Accepte de recevoir par courriel, les informations diverses du CSC

**SIGNATURE :**

Fait à \_\_\_\_\_ le \_\_\_\_\_