

NOM		Niveau scolaire rentrée 2024 : Maternelle <input type="checkbox"/> PS <input type="checkbox"/> MS <input type="checkbox"/> GS Elémentaire : <input type="checkbox"/> CP <input type="checkbox"/> CE1 <input type="checkbox"/> CE2 <input type="checkbox"/> CM1 <input type="checkbox"/> CM2	
Prénom		ECOLE : ENSEIGNANT.E :	
Né(e) le / /	DIFFICULTES DE SANTE A SIGNALER	
Sexe	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	Allergies : <input type="checkbox"/> Alimentaires <input type="checkbox"/> PAI <input type="checkbox"/> Médicamenteuses <input type="checkbox"/> PAI	
VACCINATIONS (copies)	Dates	Maladies : <input type="checkbox"/> PAI	
D. T. Polio	/ /	Votre enfant est-il en situation de handicap ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	
R.O.R	/ /		
MEDECIN TRAITANT		REPAS CANTINE	
Nom : ☎ :/...../...../...../.....		<input type="checkbox"/> Sans exclusion <input type="checkbox"/> Sans porc <input type="checkbox"/> Sans viande <input type="checkbox"/> P.A.I	
RESPONSABLE LEGAL	<input type="checkbox"/> Parent 1	<input type="checkbox"/> Parent 2 <input type="checkbox"/> Autre :	
Nom			
Prénom			
Adresse			
☎ Fixe			
☎ Portable			
Mail du référent Portail Famille	<input type="checkbox"/>	@	<input type="checkbox"/>
Profession			
Employeur			
☎ Employeur			
Date de Naissance			
N° sécurité sociale			
Situation familiale	<input type="checkbox"/> Concubin <input type="checkbox"/> Célibataire <input type="checkbox"/> Divorcés <input type="checkbox"/> Mariés <input type="checkbox"/> Pacsés <input type="checkbox"/> Séparés <input type="checkbox"/> Veuf/Veuve <input type="checkbox"/> Vie Maritale		
Régime allocataire (CAF, MSA, CMAF, ERDF...)	Régime <input type="checkbox"/> CAF <input type="checkbox"/> MSA <input type="checkbox"/> Autre	Régime <input type="checkbox"/> CAF <input type="checkbox"/> MSA <input type="checkbox"/> Autre	
	N° Allocataire :	N° Allocataire :	
AUTORISATIONS PARENTALES			
Je soussigné(e) _____ responsable légal de _____			
autorise (cocher la/les case(s) ci-dessous) :			
<input type="checkbox"/> mon enfant à participer à toutes les activités de l'accueil de loisirs sauf : _____.			
<input type="checkbox"/> le responsable de l'accueil de loisirs à prendre toutes mesures médicales ou chirurgicales reconnues nécessaires par l'état de santé de mon enfant (traitements médicaux, hospitalisation, interventions chirurgicales)			
<input type="checkbox"/> le centre social à utiliser pour ses publications, ses expositions, tous documents photo, vidéo sur lesquels les membres de ma famille et moi-même peuvent être présents			
<input type="checkbox"/> mon enfant à quitter l'accueil de loisirs seul à partir de :			
<input type="checkbox"/> mon enfant à quitter l'accueil de loisirs accompagné par :			
Nom :	Prénom :	☎ : / / / /	
Nom :	Prénom :	☎ : / / / /	
Nom :	Prénom :	☎ : / / / /	
En signant ce document je déclare :			
✓ avoir pris connaissance du règlement intérieur des accueils de loisirs et périscolaires.			
✓ autoriser la structure à saisir mes informations personnelles et médicales.			
Fait à La Rochelle, le		Signature du ou des responsables légaux :	