

NOM			Niveau scolaire rentrée 2025 : Maternelle ☐ PS ☐ MS ☐ GS Elémentaire : ☐ CP ☐ CE1 ☐ CE2 ☐ CM1 ☐ CM2	
Prénom			ECOLE : ENSEIGNANT.E :	
Né(e) le	 / /		DIFFICULTES DE SANTE A SIGNALER	
Sexe	☐ M ☐ F		Allergies : ☐ Alimentaires ☐ PAI ☐ Médicamenteuses ☐ PAI	
VACCINATIONS (copies)	Dates		Maladies : ☐ PAI	
D. T. Polio	/ /		Votre enfant est-il en situation de handicap ? ☐ Oui ☐ Non	
R.O.R	/ /			
MEDECIN TRAITANT			REPAS CANTINE	
Nom : ☎ :/...../...../...../.....			☐ Sans exclusion ☐ Sans porc ☐ Sans viande ☐ P.A.I	
RESPONSABLE LEGAL	☐ Parent 1		☐ Parent 2 ☐ Autre :	
Nom				
Prénom				
Adresse				
☎ Fixe				
☎ Portable				
Mail du référent Portail Famille	☐ @ ☐			
Profession				
Employeur				
☎ Employeur				
Date de Naissance				
N° sécurité sociale				
Situation familiale	☐ Concubin ☐ Célibataire ☐ Divorcés ☐ Mariés ☐ Pacsés ☐ Séparés ☐ Veuf/Veuve ☐ Vie Maritale			
Régime allocataire (CAF, MSA, CMAF, ERDF...)	Régime ☐ CAF ☐ MSA ☐ Autre		Régime ☐ CAF ☐ MSA ☐ Autre	
	N° Allocataire :		N° Allocataire :	
AUTORISATIONS PARENTALES				
Je soussigné(e) _____ responsable légal de _____				
autorise (cocher la/les case(s) ci-dessous) :				
☐ mon enfant à participer à toutes les activités de l'accueil de loisirs sauf : _____.				
☐ 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)				
☐ 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				
☐ mon enfant à quitter l'accueil de loisirs seul à partir de :				
☐ 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 :	