



COMMUNE  
DE  
COUPVRAY

## FICHE DE RENSEIGNEMENTS

Année scolaire 2011/2012

Restauration, Accueils de Loisirs

NOM : .....  Garçon

Prénom : .....  Fille

Né(e) le : ...../...../.....

Nom des responsables légaux de l'enfant : .....

Adresse : .....

Code postal : ..... Commune : .....

☎ fixe : .....

☎ portable père: ..... ☎ portable mère : .....

☎ travail père : ..... ☎ travail mère : .....

### **AUTORISATION**

#### **Personnes habilitées à prendre en charge l'enfant**

Nom Prénom : ..... ☎ : .....

Nom Prénom : ..... ☎ : .....

Nom Prénom : ..... ☎ : .....

Nom Prénom : ..... ☎ : .....

Je soussigné(e) ....., responsable légal de l'enfant indiqué ci-dessus

Autorise mon fils / ma fille à participer aux activités de l'accueil de loisirs de Coupvray

Autorise mon enfant à être photographié et publié dans le « Journal de Coupvray » lors de manifestations ou d'activités organisées par l'accueil de loisirs

M'engage à prendre connaissance et à respecter le règlement intérieur de l'accueil de loisirs

### RENSEIGNEMENTS OBLIGATOIRES :

N° DE SECURITE SOCIALE : .....

N° DE REGIMES SPECIAUX : .....

N° ALLOCATAIRE CAF : ..... ou AUTRES.....

### RENSEIGNEMENTS MEDICAUX :

Médecin traitant : Dr ..... ☎ : .....

J'autorise la direction du centre à faire soigner et faire pratiquer toute intervention rendue nécessaire par l'état de l'enfant.

### L'enfant a-t-il eu les maladies suivantes ?

Rubéole :  OUI  NON - Varicelle :  OUI  NON - Scarlatine :  OUI  NON

Coqueluche :  OUI  NON - Rougeole :  OUI  NON - Oreillons :  OUI  NON

### Allergies :

Asthme  Médicamenteuses  Alimentaires  Autres .....

### Préciser la cause de l'allergie et la conduite à tenir (si automédication, le signaler)

Recommandations des parents (port de lunettes, de lentilles, prothèses auditives, appareils dentaires, régime alimentaire particulier, etc.)

### Vaccinations :

VACCINS OBLIGATOIRES	OUI	NON	Dates du dernier rappel	VACCINS RECOMMANDES	Dates
Diphthérie				Hépatite B	
Tétanos				Rougeole Oreillons Rubéole	
Poliomyélite				Coqueluche	
<b>OU</b> DT polio				BCG	
<b>OU</b> Tétracoq				Autres : préciser .....	

Assurances : Nom de la compagnie.....

Adresse:.....

N° de contrat : .....

Fait à ....., le .....

Signature(s) du(des) responsable(s) légal(aux)