

FICHE DE RENSEIGNEMENTS**2019 – 2020****CENTRE DE LOISIRS****ACCUEIL PERISCOLAIRE - PAUSE MERIDIENNE
(Matin - Midi - Soir)****Juvisy**
GRAND
PARIS**leo lagrange**
FEDERATION**ENFANT**

Nom :

Prénom :

Date de naissance :/...../..... Sexe : F M

Adresse :

 Juvisy Autre Tél domicile :

PHOTO

Ecole :

Classe :

PARENTSNom du Parent 1 : Prénom : Responsable Légal

Tél : Tél Pro :

Email :

Nom du Parent 2 : Prénom : Responsable Légal

Tél : Tél Pro :

Email :

Autres Personnes autorisées (minimum 12 ans) à venir chercher l'enfant

Nom Prénom:..... Tél :

Nom : Prénom : Tél :

Nom : Prénom : Tél :

Nom : Prénom : Tél :

Nom : Prénom : Tél :

 J'autorise mon enfant à **quitter seul le centre de loisirs**, pour les enfants élémentaire. J'autorise mon enfant à **quitter seul l'accueil du soir** après l'étude (élémentaire)**JE SUIS INFORME QUE L'ACCUEIL DE MON ENFANT SE TERMINE A 19H (ECOLES ET CENTRE)**

Selon l'article L227-5 du Code de l'action sociale et des familles, le centre de loisirs se doit d'informer les responsables légaux des mineurs de leur intérêt à souscrire un contrat d'assurance.

Je soussigné(e),.....responsable légal, certifie sur l'honneur l'exactitude des renseignements figurant sur cette fiche et autorise le directeur du Centre de Loisirs à faire dispenser les soins nécessaires à mon enfant, chez le médecin ou un centre hospitalier (si besoin) et à prendre toute mesure indispensable : hospitalisation, intervention chirurgicale, anesthésie, transfusion sanguine, traitements médicaux (frais à la charge des familles).
Après avis du médecin, j'autorise le directeur du Centre de Loisirs à quitter l'hôpital avec mon enfant pour regagner le centre.

A Juvisy, le/...../.....

Signature du Responsable **Légal**

- Autorise Le personnel à photographier ou filmer mon enfant dans la mesure où les films et images ne seront utilisés à aucun autre usage qu'un usage éducatif ou inhérent à la vie de l'établissement.
- N'autorise pas

N° de Sécurité Sociale couvrant l'enfant :

Dernier rappel DT POLIO : /...../.....

Consommation de viande : OUI NON Sans PorcL'enfant bénéficie-t-il d'un Projet d'Accueil Individualisé : OUI NONSi oui : Alimentaire Autre (à préciser):.....

Allergie (maquillage, ballon, etc..) :

Autres renseignements utiles :

Médecin traitant : Tél.....

**PIECES A FOURNIR
LORS DE L'INSCRIPTION :**

- **Carnet de Santé de l'enfant**
- **1 Photo d'identité de l'enfant**
- **Carte de quotient familial**

Cette fiche de renseignements concerne les enfants qui fréquentent les accueils du matin, du midi ou du soir sur les écoles publiques et le Centre de Loisirs Gavroche les mercredis et les vacances scolaires

A déposer au Centre de Loisirs GAVROCHE

25 rue Vercingétorix

91260 JUVISY SUR ORGE

Tel ; 01 69 21 23 93