



# Fiche de renseignements Autorisation parentale

Photo d'identité  
(facultatif)

## SAISON : 2021 / 2022

### Renseignements concernant l'enfant

Nom : ..... Prénom : .....  
Sexe :  M  F Date de naissance : ..... / ..... / .....  
Situation de handicap : Votre enfant est-il bénéficiaire de l'AEEH ou d'un PAI lié au handicap ?  Oui  Non  
Adresse : .....  
Code postal : ..... Ville : .....  
Ecole fréquentée : ..... Classe : .....  
Régime :  CAF  MSA  AUTRES **Numéro d'allocataire** auquel est rattaché l'enfant : .....  
Nom de l'allocataire si différent de l'enfant : ..... Quotient familial : ..... Tranche : .....

### Renseignements sur les responsables légaux

père  mère  autre :  
M. / Mme : .....  
Adresse (si différente de celle de l'enfant) : .....  
.....  
☎ (dom.) : ..... ☎ (pro.) : .....  
☎ (portable) : .....  
Email : .....

#### Personne à contacter en cas d'URGENCE :

Nom : .....  
Prénom : .....  
☎ : .....  
Lien de parenté : .....

père  mère  autre :  
M. / Mme : .....  
Adresse (si différente de celle de l'enfant) : .....  
.....  
☎ (dom.) : ..... ☎ (pro.) : .....  
☎ (portable) : .....  
Email : .....

J'autorise le directeur ou la directrice de l'Accueil de Loisirs à prendre toutes les dispositions nécessaires en cas d'urgence. En cas d'accident grave, l'équipe d'animation a pour consigne de prévenir immédiatement les pompiers et d'avertir les parents ou les personnes indiquées. En cas d'accident bénin, les parents ou les personnes indiquées sont consultées pour prendre les décisions utiles au bien-être de l'enfant

### Activités pratiquées au Cercle Paul Bert

#### ALSH :

Mercredi matin  Mercredi Après-midi  
 Vacances

#### Accompagnement à la scolarité :

Lundi  Mardi  Jeudi

#### Activité(s) Sportive(s) / Socioculturelle(s) :

Activité : ..... Jour : ..... Heure : .....  
Activité : ..... Jour : ..... Heure : .....  
Activité : ..... Jour : ..... Heure : .....  
Activité : ..... Jour : ..... Heure : .....

Déjà inscrit au Cercle Paul Bert pour la saison 21-22 : Activité / Section : .....





**ALLERGIES :** ALIMENTAIRES oui  non   
MEDICAMENTEUSES oui  non   
AUTRES (animaux, plantes, pollen) oui  non

Si oui, joindre un **certificat médical** précisant la cause de l'allergie, les **signes évocateurs** et la **conduite à tenir**.

Le mineur présente-t-il un **problème de santé particulier qui nécessite la transmission d'informations médicales** (informations sous pli cacheté), des **précautions à prendre** et des **éventuels soins à apporter** ?  
oui  non

.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....

### 3. RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS

Port de lunettes, de lentilles, d'appareils dentaires ou auditifs, comportement de l'enfant, difficultés de sommeil, énurésie nocturne,...

.....  
.....  
.....  
.....

### 4. RESPONSABLE DU MINEUR

**NOM** ..... **PRENOM** .....

**ADRESSE (PENDANT LE SEJOUR)**  
.....  
.....

**TEL DOMICILE :** ..... **TEL. TRAVAIL :** .....

**TEL PORTABLE :** .....

**NOM et TEL. du MEDECIN TRAITANT :** .....

Je soussigné(e),....., responsable légal du mineur, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et m'engage à les réactualiser si nécessaire. J'autorise le responsable du séjour à prendre, le cas échéant, toutes mesures rendues nécessaires par l'état de santé de ce mineur.

Date et signature :

A REMPLIR PAR LE DIRECTEUR ET A RETOURNER A LA FAMILLE EN FIN DE SEJOUR

COORDONNEES de l'ORGANISATEUR du SEJOUR :  
.....  
.....  
**OBSERVATIONS :**  
.....  
.....  
.....  
.....