

**ENFANTS**

Nom : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_

Sexe : M F Né(e) le : \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Nom : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_

Sexe : M F Né(e) le : \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Nom : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_

Sexe : M F Né(e) le : \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

**RESPONSABLES LEGAUX**

En cas de séparation, merci de fournir une copie du jugement.

<u>1<sup>er</sup> Adulte au foyer</u>	<u>2<sup>ème</sup> Adulte au foyer</u>
Nom : _____	Nom : _____
Prénom : _____	Prénom : _____
Situation familiale (1) : _____	Situation familiale (1) : _____
Autorité parentale : oui non	Autorité parentale : oui non
Adresse : _____	Adresse : _____
Commune : _____	Commune : _____
Portable : _____	Portable : _____
Professionnel : _____	Professionnel : _____
Adresse mail : _____	Adresse mail : _____

**Autre Responsable légal**

Nom : \_\_\_\_\_ Nom de jeune fille : \_\_\_\_\_

Prénom : \_\_\_\_\_

Situation familiale(1) : \_\_\_\_\_

Autorité parentale : oui non

Adresse : \_\_\_\_\_

Commune : \_\_\_\_\_

Téléphone domicile : \_\_\_\_\_ Portable : \_\_\_\_\_

Adresse mail : \_\_\_\_\_

## PERSONNES A APPELER EN CAS D'URGENCE Et/ou AUTORISEES A RECUPERER L'ENFANT

Nom et prénom  A appeler en cas d'urgence Autorisé à récupérer l'enfant  Lien avec l'enfant :  Commune :  Téléphone :	Nom et prénom  A appeler en cas d'urgence Autorisé à récupérer l'enfant  Lien avec l'enfant :  Commune :  Téléphone :
Nom et prénom  A appeler en cas d'urgence Autorisé à récupérer l'enfant  Lien avec l'enfant :  Commune :  Téléphone :	Nom et prénom  A appeler en cas d'urgence Autorisé à récupérer l'enfant  Lien avec l'enfant :  Commune :  Téléphone :

*Afin de vérifier leur identité, une pièce d'identité pourra être demandée.*

### Renseignements Sanitaires

Nom et téléphone du médecin traitant : \_\_\_\_\_

Problèmes médicaux / allergies : \_\_\_\_\_

Autres (lunettes, appareil auditifs ...): \_\_\_\_\_

**Votre enfant bénéficie-t-il d'un PAI ? OUI NON**

*(Projet d'Accueil Individualisé pour asthme, diabète, allergie alimentaire)*

Merci de fournir un certificat médical pour les problèmes d'allergies.

Merci de fournir une copie des pages de vaccination du carnet de santé de l'enfant.

**Votre enfant est-il malade dans les transports (car) ? OUI NON**

**Votre enfant sait-il nager sans brassard ? OUI NON**

### AUTORISATIONS

- J'autorise mon enfant à arriver et partir seul(e) de l'accueil de loisirs : **OUI NON**
- J'autorise mon/mes enfant(s) à être **pris en photos** durant les temps d'accueil de loisirs et à la **diffusion des images** sur les supports de communication de la commune de La Mure notamment les réseaux sociaux et le journal Le Dauphiné Libéré : **OUI NON**
- Je déclare avoir pris connaissance du fonctionnement et du Règlement Intérieur de l'Accueil de Loisirs, et en accepte les termes.

Fait à \_\_\_\_\_ Le \_\_\_\_\_

Signatures Responsables