



FICHE D'INFORMATION GENERALE SUR L'ENFANT

Nom :	Prénom :
Né(e) le :	
PERE	MERE
Nom :	Nom et nom de jeune fille :
Prénom :	Prénom :
Adresse :	Adresse :
.....
Téléphone :	Téléphone :
N° de portable :	N° de portable :
Email :	Email :
Responsable légal de l'enfant :	<input type="checkbox"/> Père <input type="checkbox"/> Mère <input type="checkbox"/> Couple
Résidence pendant la durée du centre :	<input type="checkbox"/> Père <input type="checkbox"/> Mère <input type="checkbox"/> Couple
Si résidence de l'enfant pendant la durée du fonctionnement du Centre autre, adresse à préciser :	
Profession :	Profession :
Nom et Adresse de l'Employeur :	Nom et Adresse de l'Employeur :
Téléphone :	Téléphone :
Régime d'affiliation : <small>(RG = Régime général, MSA = Mutualité Agricole, A = Autres)</small>	Régime d'affiliation : <small>(RG = Régime général, MSA = Mutualité Agricole, A = Autres)</small>
ALLOCATAIRE (Père ou Mère)	NUMERO D'ALLOCATAIRE
N° de Sécurité Sociale :	

EN CAS DE MALADIE OU HOSPITALISATION

Nom de la personne à prévenir :

.....
.....

Téléphone :

Portable :

Nom du médecin traitant :

.....
.....

Téléphone :

En cas hospitalisation nécessaire cochez :

Polyclinique de BLOIS (02 54 90 91 92)

Hôpital de BLOIS (02 54 55 66 33)

AUTORISATIONS PARENTALES

Je soussigné(e)

responsable légal de l'enfant :

demeurant :

- **AUTORISE** mon enfant à pratiquer toutes les activités proposées dans le cadre du Centre de Loisirs (à l'intérieur et à l'extérieur du Centre),

- **AUTORISE** les organisateurs à prendre toutes mesures rendues nécessaires par l'état de santé de mon enfant : traitements médicaux, hospitalisations, interventions chirurgicales éventuellement sous anesthésie générale (suivant prescriptions médicales),

- **AUTORISE** mon enfant à être photographié ou filmé dans le cadre des activités et animations effectuées pendant la durée du Centre,

- **AUTORISE** celui-ci à quitter le centre accompagné de ces personnes :

Nom	Prénom	Lien de parenté	Téléphone

- **AUTORISE** mon enfant à quitter seul le centre, avec mon accord : oui non

- Je reconnais avoir pris connaissance des « renseignements sur le fonctionnement du Centre et sur les inscriptions, et m'engage à les respecter sans restriction,

- Je déclare exacts tous les renseignements portés sur ce dossier d'inscription ainsi que la « fiche sanitaire de liaison » (à remplir impérativement),

Année 2022	Année 2023	Année 2024	Année 2025
Signature :	Signature :	Signature :	Signature :