

FICHE ADMINISTRATIVE

NOM de l'enfant	_____	Prénoms	_____
Date de Naissance	_____	Classe	_____

<b>NOM &amp; Prénom du Parent 1</b>		_____
<b>Adresse du domicile du parent 1</b>		_____
Adresse Electronique 1		_____
Profession du Parent 1		_____
Employeur (obligatoire)		_____
☎ portable du Parent 1	_____	☎ travail du Parent 1 _____
<b>NOM &amp; Prénom du Parent 2</b>		_____
<b>Adresse du domicile du Parent 2</b>		_____
Adresse Electronique 2		_____
Profession du Parent 2		_____
Employeur (obligatoire)		_____
☎ portable du Parent 2	_____	☎ travail du Parent 2 _____

**Personnes à qui le personnel peut confier mon enfant en mon absence :**

Nom & qualité _____	☎ portable & fixe _____
Nom & qualité _____	☎ portable & fixe _____
Nom & qualité _____	☎ portable & fixe _____
Nom & qualité _____	☎ portable & fixe _____

**Contrat d'assurance (auquel l'enfant est rattaché)**  
Numéro de contrat : ..... Nom et adresse de la compagnie d'assurance : \_\_\_\_\_

**Prestations Familiales - N° CAF ou MSA (auquel l'enfant est rattaché)** \_\_\_\_\_  
& nom du titulaire \_\_\_\_\_

Je soussigné.e \_\_\_\_\_ reconnait avoir pris connaissance des règlements intérieurs et tarifs des services périscolaires 2021/2022.

A Louvigny, le \_\_\_\_\_ *Signature des représentants légaux,*

**INSCRIPTIONS ET AUTORISATIONS PARENTALES  
ATELIERS – CENTRE DE LOISIRS**

Nom(s) / Prénom(s) de l'enfant : ..... Classe : .....

**Autorisations parentales :**

Nous soussignés ..... domiciliés à .....  
..... responsables légaux de l'enfant .....

- Autorisons notre enfant à rentrer seul et reconnaissons qu'il sera sous notre seule responsabilité pendant son trajet de retour.                      **o oui**                      **o non**
- Autorisons l'équipe de la Ligue de l'enseignement à faire examiner notre enfant par le médecin le plus proche en cas d'urgence.                      **o oui**                      **o non**
- Autorisons l'équipe de la Ligue de l'enseignement à utiliser l'image de notre enfant (photos-films) sur tous les supports de valorisation et/ou publications (sites internet : [www.laligenormandie.org](http://www.laligenormandie.org) et [www.ville-louvigny.fr](http://www.ville-louvigny.fr), journaux, affichages pédagogiques, pages facebook) destinés aux opérations de communication 2021-2024.                      **o oui**                      **o non**
- Cette autorisation est consentie à titre gratuit et est valable au maximum 3 ans. Vous disposez d'un droit d'accès, de modification, de rectification et de suppression des données concernant votre enfant (Loi informatique et libertés du 6 janvier 1978 modifiée). Pour toute demande de suppression ou rectification, vous pouvez adresser un courriel à [contact@laligenormandie.org](mailto:contact@laligenormandie.org).
- Autorisons l'équipe de la Ligue de l'enseignement à transporter occasionnellement notre enfant dans son véhicule personnel si les transports en commun ne sont pas adaptés (*autorisation concernant le centre de loisirs uniquement*).                      **o oui**                      **o non**

A ....., Le .....

**Signature des deux représentants légaux :**



**FICHE SANITAIRE  
DE LIAISON  
2020**

1 – ENFANT

NOM: \_\_\_\_\_

PRÉNOM: \_\_\_\_\_

DATE DE NAISSANCE: \_\_\_\_\_

GARÇON       FILLE

*Cette fiche permet de recueillir des informations utiles pendant le séjour de l'enfant ; elle évite de vous démunir de son carnet de santé. Elle sera détruite en 2020. Merci de nous indiquer tout changement en cours de séjour.*

**2 - VACCINATIONS** (se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccinations de l'enfant).

VACCINS OBLIGATOIRES	DATES DES DERNIERS RAPPELS	VACCINS RECOMMANDÉS	DATES
Diphtérie		Hépatite B	
Tétanos		Rubéole Oreillons Rougeole	
Poliomyélite		Coqueluche	
<b>Ou</b> DT polio		BCG	
<b>Ou</b> Tétracoq		Autres (préciser)	

Si l'enfant n'a pas les vaccins obligatoires, joindre un certificat médical de contre-indication. **Attention:** le vaccin anti-tétanique ne présente aucune contre-indication.

**3 - RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX CONCERNANT L'ENFANT**

L'enfant suit-il un **traitement médical** pendant le séjour ? oui  non

**Si oui**, joindre une **ordonnance** récente et les **médicaments** correspondants (**boîtes de médicaments dans leur emballage d'origine marquées au nom de l'enfant avec la notice**).

Aucun médicament ne pourra être pris sans ordonnance.

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

RUBEOLE	VARICELLE	ANGINE	OREILLONS	SCARLATINE
oui <input type="radio"/> non <input type="radio"/>	oui <input type="radio"/> non <input type="radio"/>	oui <input type="radio"/> non <input type="radio"/>	oui <input type="radio"/> non <input type="radio"/>	oui <input type="radio"/> non <input type="radio"/>
COQUELUCHE	OTITE	ROUGEOLE	RHUMATISME ARTICULAIRE AIGÛ	
oui <input type="radio"/> non <input type="radio"/>	oui <input type="radio"/> non <input type="radio"/>	oui <input type="radio"/> non <input type="radio"/>	oui <input type="radio"/> non <input type="radio"/>	

**Allergies:**    **ASTHME** oui  non     **ALIMENTAIRES** oui  non     **MEDICAMENTEUSES** oui  non   
**AUTRES** \_\_\_\_\_

Précisez la cause de l'allergie et la conduite à tenir (si automédication le signaler).

---



---

**En cas de régime alimentaire, précisez :**

**SANS VIANDE**

**SANS PORC**

**Indiquez ci-après:**

Les **difficultés de santé** (maladie, accident, comportement particulier, crises convulsives, hospitalisation, opération, rééducation) en précisant les dates et les **précautions à prendre**.

---

---

---

---

**Recommandations utiles des parents:**

Votre enfant porte-t-il des lunettes, des lentilles, des prothèses auditives, des prothèses dentaires, etc. Précisez.

---

---

---

**BAIGNADE** : SAIT NAGER

SE DEBROUILLE

NE SAIT PAS NAGER

**Observations diverses :**

---

---

#### **4 - RESPONSABLE DE L'ENFANT**

NOM \_\_\_\_\_ PRÉNOM \_\_\_\_\_

ADRESSE \_\_\_\_\_

---

---

Numéros de téléphone :

Mère : domicile : \_\_\_\_\_ portable : \_\_\_\_\_ travail : \_\_\_\_\_

Père : domicile : \_\_\_\_\_ portable : \_\_\_\_\_ travail : \_\_\_\_\_

Je soussigné(e), \_\_\_\_\_ responsable légal de l'enfant ,  
déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise le responsable du séjour à prendre, le cas échéant,  
toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de  
l'enfant. J'autorise également, si nécessaire, le directeur du séjour à faire sortir mon enfant de l'hôpital après une  
hospitalisation.

**Médecin traitant :**

Nom: \_\_\_\_\_ Tél: \_\_\_\_\_

**N° de sécurité sociale de l'enfant :** \_\_\_\_\_

Date :

Signature: