

# FICHE DE RENSEIGNEMENTS ALSH MPT ST MAURONT/NATIONAL LEO LAGRANGE MEDITERRANEE

## ENFANT

NOM:

PRENOM:

DATE DE NAISSANCE:

Garçon

Fille

LIEU DE NAISSANCE:

ECOLE:

**RESPONSABLE LEGAL 1:** Père

Mère

Tuteur

**NOM:**

**PRENOM:**

**ADRESSE:**

**CP:**

**VILLE:**

**QUARTIER:**

 **DOMICILE:**

 **TRAVAIL:**

 **PORTABLE:**

**RESPONSABLE LEGAL 2:** Père

Mère

Tuteur

**NOM:**

**PRENOM:**

**ADRESSE:**

**CP:**

**VILLE:**

**QUARTIER:**

 **DOMICILE:**

 **TRAVAIL:**

 **PORTABLE:**

**Situation Familiale:**

Mariés/Pacsés

Divorcés/Séparés (joindre ordonnance du juge si nécessaire)

Vie maritale

Célibataires

Veuf/veuve

**N° allocataire:**

**N° Sécurité Sociale:**



**AUTRES PERSONNES A PREVENIR EN CAS D'URGENCE  
ET AUTORISEES A RECUPERER L'ENFANT**

NOM:  URGENCE  RECUPERER  
PRENOM:  
TELEPHONE:  
LIEN DE PARENTE AVEC L'ENFANT:

NOM:  URGENCE  RECUPERER  
PRENOM:  
TELEPHONE:  
LIEN DE PARENTE AVEC L'ENFANT:

NOM:  URGENCE  RECUPERER  
PRENOM:  
TELEPHONE:  
LIEN DE PARENTE AVEC L'ENFANT:

NOM:  URGENCE  RECUPERER  
PRENOM:  
TELEPHONE:  
LIEN DE PARENTE AVEC L'ENFANT:

**FICHE SANITAIRE**

**Il vous sera demandé de remplir une fiche sanitaire accompagnée de la copie du carnet de vaccination de l'enfant.**

**Attention: les enfants dont les parents n'auront pas rempli cette fiche sanitaire ne pourront être admis au centre**

Votre enfant fait-il l'objet d'une P.A.I. \*?  OUI  NON  
Votre enfant a-t-il une AVS à l'école ?  OUI  NON

**\*Si oui, une copie doit obligatoirement être remise au responsable du centre**

**AUTORISATIONS**

L'enfant est-il autorisé à quitter seul le centre? OUI  NON

Je soussigné(e), ..... déclare exacts les renseignements fournis ci-dessus et autorise le responsable à prendre, le cas échéant, toutes mesures médicales d'urgence rendues nécessaires par l'état de mon enfant.

Je déclare avoir pris connaissance du règlement intérieur et en accepte les conditions.

Fait à Marseille, le

Signature(s)