

# FICHE DE RENSEIGNEMENTS

## ENFANT(S)

NOM Prénom : \_\_\_\_\_ Date de naissance : \_\_\_\_\_  
NOM Prénom : \_\_\_\_\_ Date de naissance : \_\_\_\_\_  
NOM Prénom : \_\_\_\_\_ Date de naissance : \_\_\_\_\_  
NOM Prénom : \_\_\_\_\_ Date de naissance : \_\_\_\_\_

## RESPONSABLE LEGAL

NOM Prénom : \_\_\_\_\_  
Adresse : \_\_\_\_\_  
Tél fixe : \_\_\_\_\_ Portable : \_\_\_\_\_  
Lien avec l'enfant : \_\_\_\_\_  
N°allocataire : CAF : \_\_\_\_\_ Carte de loisirs : A - B  
MSA : \_\_\_\_\_  
Autre : \_\_\_\_\_  
Profession : \_\_\_\_\_

## DEPLACEMENT DE L'ENFANT

Autorisation d'arrivée seul(e) : OUI - NON  
Autorisation de retour seul(e) : OUI - NON

Personne (s) habilitée (s) à venir chercher l'enfant :

\_\_\_\_\_ N°téléphone : \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ N°téléphone : \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ N°téléphone : \_\_\_\_\_

## AUTRE

Souhaitez-vous qu'il y ait une aide aux devoirs ? OUI - NON  
(cette aide ne se substituant pas aux contrôles des parents)

Je soussigné(e) \_\_\_\_\_  
Responsable légal de l'enfant \_\_\_\_\_

Déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche ainsi que la fiche sanitaire et autorise le responsable du séjour à prendre le cas échéant toutes mesures (traitements médicaux, hospitalisation, interventions chirurgicales)

Fait à

Le

Signature