



VILLE DE FIGARI
DEPARTEMENT DE LA CORSE DU SUD

**FICHE DE RENSEIGNEMENTS ACCUEIL DE LOISIRS SANS HEBERGEMENT -
Service ALSH ☎ 04.95.71.00.23**

ELEVE (une fiche par enfant)

Nom : **Prénom :** **Date de naissance :** __ / __ / ____ **Sexe :** M F

N°assurance scolaire : **Adresse compagnie**

d'assurance :

Nom du Représentant Légal 1 : **Nom du Représentant Légal 2 :**

Adresse de résidence de l'enfant :

Code postal : **Commune**

☎ **domicile M. :** ☎ **bureau M. :** ☎ **portable M. :** **I mail :**

☎ **domicile Mme :** ☎ **bureau Mme :** ☎ **portable Mme :** **I mail :**

Situation Familiale : Célibataire Marié(e) Divorcé(e) Séparé(e) Concubin(e) Pacsé(e) Veuf (ve)

Profession représentant légal 1: Adresse
employeur :

Profession représentant légal 2 :Adresse employeur :

Adresse de l'organisme qui verse les prestations familiales :

Renseignements médicaux

Nom, adresse et ☎ du médecin traitant :

Allergies : Asthme Oui Non / Médicamenteuses Oui Non / Alimentaires Oui Non /

Autres :

Préciser les causes de l'allergie et la conduite à tenir (**si automédication le signaler**) :

.....
.....

Indiquer les difficultés de santé (maladie, accident, opération, rééducationetc) et préciser les précautions à prendre :

.....
.....

Recommandations utiles des parents :

Votre enfant porte t-il des lentilles, des lunettes, des prothèses auditives, des prothèses dentaires, etc.... (préciser) :

Fait à Figari, le

Lu et approuvé
Signature des parents ou du représentant légal

