

**CENTRE DE LOISIRS**

290 route du Président Lavy  
74370 ARGONAY  
Téléphone : 04 50 27 16 82  
06. 73. 68. 30. 67  
Fax : 04 50 27 36 82  
E-Mail : Centre.loisirs@mairie-argonay.fr

**PARENTS**

Le 07/06/2011

**RESPONSABLE LEGAL**

Nom ..... Nom de jeune fille : .....

Prénom : .....

Adresse : .....

Complément d'adresse : .....

Code postal : ..... Ville : .....

Téléphone 1 : ..... Téléphone 2 : .....

E-mail : .....

Qualité : Père / Mère / Tuteur / Beau-Père / Belle-Mère

Situation de famille : Marié / Célibataire / Divorcé / Concubin / Séparé / Pacsé

Profession : .....

Employeur : .....

Adresse professionnelle : .....

Téléphone professionnel : .....

Régime sécurité sociale : Général / Fonctionnaire / Autre / MSA

Numéro allocataire et Quotient Familial : .....

**CONJOINT**

Nom ..... Nom de jeune fille : .....

Prénom : .....

Adresse : .....

Complément d'adresse : .....

Code postal : ..... Ville : .....

Téléphone 1 : ..... Téléphone 2 : .....

E-mail : .....

Qualité : Père / Mère / Tuteur / Beau-Père / Belle-Mère

Situation de famille : Marié / Célibataire / Divorcé / Concubin / Séparé / Pacsé

Profession : .....

Employeur : .....

Adresse professionnelle : .....

Téléphone professionnel : .....

Régime sécurité sociale : Général / Fonctionnaire / Autre / MSA

Numéro allocataire et Quotient Familial : .....

- Avis d'imposition ou quotient familial
- Fiche d'autorisation remise
- Les bons CAF pendant les vacances uniquement

Date : \_\_/\_\_/\_\_\_\_

Signatures des parents :

**CENTRE DE LOISIRS**

290 route du Président Lavy  
 74370 ARGONAY  
 Téléphone : 04 50 27 16 82  
 06. 73. 68. 30. 67  
 Fax : 04 50 27 36 82  
 E-Mail : centre.loisirs@mairie-argonay.fr

**ENFANT**

Le 31/05/2011

Nom : ..... Prénom : .....

Sexe : Garçon / Fille

Date de naissance : \_\_/\_\_/\_\_\_\_

Classe/Ecole:.....

**PERSONNES AUTORISEES A VENIR CHERCHER L'ENFANT (en dehors des parents)**

Nom : ..... Prénom : .....  
 Adresse / CP / Ville : .....  
 Téléphones : ..... Lien de parenté .....

Nom : ..... Prénom : .....  
 Adresse / CP / Ville : .....  
 Téléphones : ..... Lien de parenté .....

Nom : ..... Prénom : .....  
 Adresse / CP / Ville : .....  
 Téléphones : ..... Lien de parenté .....

Seules les personnes inscrites pourront venir chercher votre enfant.

**PERSONNES A PREVENIR EN CAS D'URGENCE**

Nom : ..... Prénom : .....  
 Adresse / CP / Ville : .....  
 Téléphones : ..... Lien de parenté .....

**AUTORISATION PARENTALE**

Je soussigné(e), père, mère, tuteur légal :

Autorise mon enfant :

- A être hospitalisé en cas de besoin. J'autorise la direction et l'équipe d'animation à prendre toutes les dispositions nécessaires concernant l'état de santé de mon enfant.
- A être photographié ou filmé dans le cadre de l'activité, pour une diffusion éventuelle (exposition, bulletin municipal, affiche,) – pas de diffusions sur internet !
- A participer aux sorties et aux différentes activités organisées par le centre de loisirs
- A utiliser les transports en commun et les cars en cas de déplacements pour les activités (l'enfant est toujours accompagné)
- A rentrer seul chez lui

Date : \_\_/\_\_/\_\_\_\_

Signatures des parents :

**CENTRE DE LOISIRS**

290 route du Président Lavy  
74370 ARGONAY  
Téléphone : 04 50 27 16 82/ 06. 73. 68. 30. 67  
Fax : 04 50 27 36 82  
E-Mail : centre.loisirs@mairie-argonay.fr

**INFORMATIONS MEDICALES**

**ENFANT**

Nom et prénom : .....  
Date de naissance : \_\_/\_\_/\_\_\_\_  
Adresse / CP / Ville : .....

**MEDECINS**

Nom : .....  
Adresse / CP / Ville : .....  
Téléphone : .....  
Spécialité : .....

**VACCINS**

DTPolio                    \_\_/\_\_/\_\_\_\_ \_\_/\_\_/\_\_\_\_ \_\_/\_\_/\_\_\_\_ \_\_/\_\_/\_\_\_\_  
.....

**MALADIES INFANTILES**

Coqueluche            \_\_/\_\_/\_\_\_\_ Rougeole                    \_\_/\_\_/\_\_\_\_ Scarlatine                    \_\_/\_\_/\_\_\_\_  
Oreillons                \_\_/\_\_/\_\_\_\_ Rubéole                            \_\_/\_\_/\_\_\_\_ Varicelle                    \_\_/\_\_/\_\_\_\_

**COMMENTAIRES**

Allergies et conduite à tenir (si automédication le signaler):  
.....  
.....

Interventions chirurgicales- Antécédents médicaux :  
.....  
.....

Difficultés de santé( maladie, accident, crises convulsives, hospitalisation, , rééducation...) et précautions à prendre :  
.....  
.....

Régime alimentaire particulier : .....

Votre enfant porte t'il des lentilles, des lunettes, des prothèses auditives ou dentaires... ?  
.....  
.....

Observations et recommandations utiles des parents (phobie, changements familiaux...):  
.....  
.....

Date : \_\_/\_\_/\_\_\_\_  
Nom : .....

Signature :