



## RENSEIGNEMENTS SOCIAUX

- **Assuré social dont dépend l'enfant :** .....  
N° d'immatriculation : ..... Caisse d'affiliation .....
- **Caisse prestataire des allocations familiales :** CAF  n° d'allocataire : .....  
MSA  n° d'allocataire : .....  
AUTRE  .....
- **Complémentaire :**  
Nom de la Mutuelle : ..... N° d'affiliation : .....
- **Responsabilité civile :** OUI  NON       ➤ **Individuelle accident :** OUI  NON   
Nom de la compagnie : .....      Nom de la compagnie : .....

## TRANSPORT

J'autorise mon enfant à être transporté par un tiers (animateur ou parent) dans le cadre des activités du centre de loisirs.

OUI j'autorise       NON je n'autorise pas

## SOINS

En cas de nécessité, j'autorise les responsables de la structure ou du séjour à prendre le cas échéant, toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaire par l'état de l'enfant.

OUI j'autorise       NON je n'autorise pas

- **Nom du médecin de famille :** .....
- Adresse : .....
- Etablissement souhaité en cas d'hospitalisation : .....

## PHOTOS/VIDEOS

J'autorise le responsable de la structure à utiliser les photographies et les films, réalisés dans le cadre des activités et des séjours du centre de loisirs et de l'accueil périscolaire, dans le cadre de la communication relative au centre de loisirs et à l'accueil périscolaire.

OUI j'autorise       NON je n'autorise pas

N'oubliez pas d'avertir l'association de tout changement pouvant survenir en cours d'année scolaire (changement de domicile, de situation, problèmes médicaux, ...).

**Je soussigné(e) ....., responsable légal de l'enfant**  
**....., certifie avoir pris connaissance des modalités de fonctionnement de**  
**l'ALSH organisé par le LBG et déclare exacts les renseignements portés sur ces fiches.**

Fait à ....., le .....      Signature