



2025-2026

ACCUEILS DE LOISIRS du pays de Lubersac Pompadour

Les filous

Le bourg – 19230 Saint-Sornin Lavolps
05 55 73 33 27
lesfilous@lubersacpompadour.fr

Les P'tites Canailles

Rue de la Faucherie – 19210 Lubersac
05 55 73 90 82 –
lesptitescanailles@lubersacpompadour.fr

Nom de l'enfant :

Prénom :

Date et lieu de naissance : .../.../..... à Scolarisé à l'école de :

Moyen de garde antérieur : Crèche Assistante maternelle Aucun

PARENTS situation familiale : Marié Divorcé séparé concubinage Pacsé

Payeur : Père

Mère

Nom :

Nom :

Prénom :

Prénom :

Adresse :

Adresse :

Profession :

Profession :

Employeur :

Employeur :

Domicile :

Domicile :

 Portable :

 Portable :

Travail :

Travail :

Mail :

Mail :

RENSEIGNEMENTS ADMINISTRATIFS

Régime : général N° de sécurité sociale : / MSA

ACCOMPAGNEMENT

Nom des personnes (autres que les parents) autorisées à reprendre l'enfant :

.....
.....

AUTORISATIONS

Autorisez-vous votre enfant :

- à participer aux activités proposées (à l'alsh ou à l'extérieur) ? oui non

- à prendre les transports organisés par l'alsh pour ces activités ? oui non

- à repartir seul, s'il a plus de 10 ans ? oui non

- Autorisez-vous l'accueil de loisirs à prendre votre enfant en photo pour la diffusion et la publication de celle-ci sur tous supports de communication et d'information relatif à la promotion de l'ALSH ? oui non

FICHE SANITAIRE DE LIAISON

Cette fiche a été conçue pour recueillir les renseignements médicaux qui pourront être utiles pendant le séjour de l'enfant. Elle évite de vous démunir de son carnet de santé.

● **VACCINATION** : Veuillez nous fournir une attestation du médecin certifiant que votre enfant est à jour dans ses vaccins obligatoires.

● RENSEIGNEMENTS MEDICAUX

L'enfant a-t-il déjà eu les maladies suivantes ?

RUBÉOLE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	VARICELLE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	ANGINE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	RHUMATISME ARTICULAIRE AIGÜ OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	SCARLATINE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>
COQUELUCHE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	OTITE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	ROUGEOLE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	OREILLONS OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	

● **REMARQUES EVENTUELLES** (allergies*, médicaments**, régime alimentaire particulier, asthme, port de lunettes...)

.....
.....

* : Pour toutes allergies, un PAI vous sera demandé.

** : aucun médicament ne sera donné sans ordonnance datée, signée et au nom de l'enfant.

● MEDECIN TRAITANT HABITUEL

Nom :

Adresse :

N° de téléphone :

● AUTORISATION DES PARENTS (ou tuteur)

Je soussigné, responsable légal de l'enfant, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise le responsable de l'accueil à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de mon enfant.

FACTURATION

J'ai bien pris connaissance du règlement intérieur de l'ALSH (inscription, organisation, horaires, tarifs) et noté que toute annulation de réservation doit être faite au moins une semaine à l'avance ou justifiée par certificat médical, faute de quoi la réservation sera facturée.

Fait à

Le

signature des parents

(Inscrire la mention Lu et Approuvé)