Dossier unique d'inscription
Groupe scolaire Paul Eluard et Restaurant scolaire
Année 20…../20…..

FAMILLE

Nom, Prénom et adresse de la ou les personne(s) responsable(s) de l'enfant (au sens de l'article L.131-4 du code de l'éducation)

Responsable légal	***Responsable légal***
Nom : ……..	Nom : ……..
Prénom : ……..	Prénom : ……..
Date et lieu de naissance : le …../…../…….	Date et lieu de naissance : le …../…../…….
à …….	à …….
Adresse : …….	Adresse : …….
CP ……Ville……	CP ……Ville……
Téléphone domicile : ……..	Téléphone domicile : ……..
Téléphone portable : ……	Téléphone portable : ……
Courriel : …… **(A remplir en lettres majuscules)**	Courriel : …… **(A remplir en lettres majuscules)**
Situation familiale	**Situation familiale**
❑ marié(e) ou vie maritale ❑ divorcé(e) ou séparé(e) ❑ parent isolé	❑ marié(e) ou vie maritale ❑ divorcé(e) ou séparé(e) ❑ parent isolé

Composition de la famille (fratrie)

- Prénom……Nom (si différent)…….. Date de naissance……
- Prénom……Nom (si différent)…….. Date de naissance……
- Prénom……Nom (si différent)…….. Date de naissance……
- Prénom……Nom (si différent)…….. Date de naissance……

Régime Allocataire	**Situation financière**
Régime général / Régime agricole – MSA (*) Nom/prénom de l'allocataire : …….. N° Allocataire : …….. Caisse (Département) : ……	Nb d'enfants à charge : …… Nb d'enfants total : ……. Quotient Familial : ……..

ENFANT 1

Nom : ……. Prénom : …….....

Né(e) le : …../….. /…….. à…….. Sexe : M – F

Adresse : …….....
(Si différente de celle mentionnée en Page 1)

CP……. Ville…….

INSCRIPTION AU GROUPE SCOLAIRE PAUL ELUARD

- ❑ Ecole Elémentaire Paul Eluard – 46 rue François Luneau – Tél. 02 40 33 92 29
- ❑ Ecole Maternelle Paul Eluard – 2 route d'Ancenis – Tél 02 40 33 90 66

Inscription à compter du : …../…../20….

Dernière école fréquentée : …….....

Niveau de classe à la rentrée : ……

Inscription au groupe scolaire Paul Eluard - Cadre réservé à l'administration

Date d'effet de l'inscription : ……. Date de l'admission : …….

Date de radiation : ……..

INSCRIPTION AU RESTAURANT SCOLAIRE PAUL ELUARD oui ❑ non ❑

Inscription **à compter du** : ……/……/20….

Jours de présence

- ❑ Lundi
- ❑ Mardi
- ❑ Jeudi
- ❑ Vendredi
- ❑ **Tous les Jours**
- ❑ Occasionnellement
- ❑ selon planning (à fournir au plus tard 3 jours avant le début de chaque mois)

Mise en place d'un protocole d'accueil individualisé (PAI) oui ❑ non ❑

Si oui : il convient de prendre rendez-vous avec le responsable de la restauration scolaire pour les informations concernant le protocole, en lien avec l'école. Fournir un certificat médical et la liste des aliments non autorisés
Restaurant scolaire municipale Paul Eluard – 2 route d'ancenis / 02 40 33 98 03 / restaurantscolaire@vallet.fr

UTILISATION DE L'ACCUEIL DE LOISIRS et/ou PERISCOLAIRE

VALLET ANIMATION (IFAC) - PÔLE ENFANCE (enfants de 3 à 11 ans)

oui ❑ non ❑

POUR TOUTE INSCRIPTION A L'ACCUEIL DE LOISIRS et/ou PERISCOLAIRE
LES DOCUMENTS SONT A DEPOSER DIRECTEMENT A L'ADRESSE CI-DESSOUS
(se conférer dernière page : pièces à fournir obligatoirement)
Prendre contact avec la structure concernée

Pôle enfance : Responsable : Céline PEAN LOISELEUR
Tél. 02 40 33 77 09
Mail : vallet.periscolaire@utno.ifac.asso.fr

9 Boulevard Evariste Dejoie
44330 VALLET

RESTAURANT SCOLAIRE
2 ROUTE D'ANCENIS

FICHE MÉDICALE

Nom : **Prénom :** **Date de naissance :**

Parent 1
Nom **Prénom**

Parent 2
Nom **Prénom**

Renseignements médicaux

Maladies

- ☐ Angine
- ☐ Rougeole
- ☐ Coqueluche
- ☐ Rhumatisme
- ☐ Oreillons
- ☐ Otite
- ☐ Rubéole
- ☐ Scarlatine
- ☐ Varicelle

Allergies

- ☐ Alimentaires
- ☐ Asthme
- ☐ Médicamenteuses

Traitement médical

Difficultés de santé

Recommandations utiles des parents

Médecin

Nom	Téléphone	Spécialité

Fait à , le
Signature :

Les informations portées sur ce formulaire sont obligatoires, elles font l'objet d'un traitement informatisé destiné uniquement à l'accueil de votre enfant au restaurant scolaire.

RESTAURANT SCOLAIRE
2 ROUTE D'ANCENIS

VALLET ANIMATION
11 BD PUSTERLE
44330 VALLET
Tél : 02.40.36.24.84

AUTORISATION – NOM PRENOM ENFANT :

Nous, soussignés
M. Mme
Adresse :

Autorisons expressément les personnes citées-ci-dessous à venir chercher l'enfant désigné ci-dessus

Personnes autorisées à venir chercher l'enfant
Nom, Prénom : Téléphone :
Nom, Prénom : Téléphone :
Nom, Prénom : Téléphone :

☐ **Autorisons** ☐ **N'autorisons pas**	Le personnel à sortir mon/notre enfant de l'enceinte de l'établissement pour les sorties en groupe
☐ **Autorisons** ☐ **N'autorisons pas**	Le personnel à photographier ou filmer mon/notre enfant dans la mesure où les films ne seront utilisés à aucun autre usage qu'un usage éducatif ou inhérent à la vie de l'établissement
☐ **Autorisons** ☐ **N'autorisons pas**	La direction à consulter notre dossier allocataire CDAP(CAF)afin d'accéder directement aux ressources (Quotient, revenus, nombre d'enfants à charge) à prendre en compte pour le calcul des tarifs. (le service CDAP.fr respecte les règles de confidentialité et a fait l'objet d'une autorisation de la CNIL. La CAF attribue un identifiant et un mot de passe qui est strictement personnel et confidentiel à l'équipe de direction).
☐ **Acceptons** ☐ **N'acceptons pas**	De recevoir les informations des services par mon adresse mail.
☐ **Autorisons** ☐ **N'autorisons pas**	L'équipe de direction à prendre les mesures d'urgences en cas d'accident impliquant notre/mon enfant (SAMU, pompiers, hospitalisation, anesthésie)
☐ **Autorisons** ☐ **N'autorisons pas**	Mon/notre enfant à rentrer seul
☐ **Autorisons** ☐ **N'autorisons pas**	Le personnel à transporter ou faire transporter notre/mon enfant dans les véhicules de l'établissement dans le cadre des sorties en groupe

SIGNATURES

Vallet, le
Nom, Prénom
Signatures :

Les informations portées sur ce formulaire sont obligatoires, elles font l'objet d'un traitement informatisé destiné uniquement à l'accueil de votre enfant au restaurant scolaire et/ou aux services périscolaires et accueil de loisirs.
Les informations recueillies pour les accueils périscolaires le sont sous la seule responsabilité de l'association organisatrice (IFAC)

ENFANT 2

Nom : ……. Prénom : …….....

Né(e) le : …../….. /…….. à…….. Sexe : M – F

Adresse : …….....
(Si différente de celle mentionnée en Page 1)

CP……. Ville…….

INSCRIPTION AU GROUPE SCOLAIRE PAUL ELUARD

- ❑ Ecole Elémentaire Paul Eluard – 46 rue François Luneau – Tél. 02 40 33 92 29
- ❑ Ecole Maternelle Paul Eluard – 2 route d'Ancenis – Tél 02 40 33 90 66

Inscription à compter du : …../…../20….

Dernière école fréquentée : …….....

Niveau de classe à la rentrée: ……

Inscription au groupe scolaire Paul Eluard - Cadre réservé à l'administration

Date d'effet de l'inscription : ……. Date de l'admission : …….

Date de radiation : ……..

INSCRIPTION AU RESTAURATION SCOLAIRE PAUL ELUARD oui ❑ non ❑

Inscription à compter du : ……/……/20….

Jours de présence

- ❑ Lundi
- ❑ Mardi
- ❑ Jeudi
- ❑ Vendredi
- ❑ Tous les Jours
- ❑ Occasionnellement
- ❑ selon planning (à fournir au plus tard 3 jours avant le début de chaque mois)

Mise en place d'un protocole d'accueil individualisé (PAI) oui ❑ non ❑

Si oui : il convient de prendre rendez-vous avec le responsable de la restauration scolaire pour les informations concernant le protocole, en lien avec l'école. Fournir un certificat médical et la liste des aliments non autorisés
Restaurant scolaire municipale Paul Eluard – 2 route d'ancenis / 02 40 33 98 03 / restaurantscolaire@vallet.fr

UTILISATION DE L'ACCUEIL DE LOISIRS et/ou PERISCOLAIRE

VALLET ANIMATION (IFAC) - PÔLE ENFANCE (enfants de 3 à 11 ans)

oui ❑ non ❑

POUR TOUTE INSCRIPTION A L'ACCUEIL DE LOISIRS et/ou PERISCOLAIRE
LES DOCUMENTS SONT A DEPOSER DIRECTEMENT A L'ADRESSE CI-DESSOUS
(se conférer dernière page : pièces à fournir obligatoirement)
Prendre contact avec la structure concernée

Pôle enfance : Responsable : Céline PEAN LOISELEUR
Tél. 02 40 33 77 09
Mail : vallet.periscolaire@utno.ifac.asso.fr

9 Boulevard Evariste Dejoie
44330 VALLET

RESTAURANT SCOLAIRE
2 ROUTE D'ANCENIS

FICHE MÉDICALE

Nom : **Prénom :** **Date de naissance :**

Parent 1
Nom **Prénom**

Parent 2
Nom **Prénom**

Renseignements médicaux

Maladies

- ☐ Angine
- ☐ Rougeole
- ☐ Coqueluche
- ☐ Rhumatisme
- ☐ Oreillons
- ☐ Otite
- ☐ Rubéole
- ☐ Scarlatine
- ☐ Varicelle

Allergies

- ☐ Alimentaires
- ☐ Asthme
- ☐ Médicamenteuses

Traitement médical

Difficultés de santé

Recommandations utiles des parents

Médecin

Nom	Téléphone	Spécialité

Fait à , le
Signature :

Les informations portées sur ce formulaire sont obligatoires, elles font l'objet d'un traitement informatisé destiné uniquement à l'accueil de votre enfant au restaurant scolaire.

RESTAURANT SCOLAIRE
2 ROUTE D'ANCENIS

VALLET ANIMATION
11 BD PUSTERLE
44330 VALLET
Tél : 02.40.36.24.84

AUTORISATION – NOM PRENOM ENFANT :

Nous, soussignés
M. Mme
Adresse :

Autorisons expressément les personnes citées-ci-dessous à venir chercher l'enfant désigné ci-dessus

Personnes autorisées à venir chercher l'enfant
Nom, Prénom : Téléphone :
Nom, Prénom : Téléphone :
Nom, Prénom : Téléphone :

☐ **Autorisons** ☐ **N'autorisons pas**	Le personnel à sortir mon/notre enfant de l'enceinte de l'établissement pour les sorties en groupe
☐ **Autorisons** ☐ **N'autorisons pas**	Le personnel à photographier ou filmer mon/notre enfant dans la mesure où les films ne seront utilisés à aucun autre usage qu'un usage éducatif ou inhérent à la vie de l'établissement
☐ **Autorisons** ☐ **N'autorisons pas**	La direction à consulter notre dossier allocataire CDAP(CAF)afin d'accéder directement aux ressources (Quotient, revenus, nombre d'enfants à charge) à prendre en compte pour le calcul des tarifs. (le service CDAP.fr respecte les règles de confidentialité et a fait l'objet d'une autorisation de la CNIL. La CAF attribue un identifiant et un mot de passe qui est strictement personnel et confidentiel à l'équipe de direction).
☐ **Acceptons** ☐ **N'acceptons pas**	De recevoir les informations des services par mon adresse mail.
☐ **Autorisons** ☐ **N'autorisons pas**	L'équipe de direction à prendre les mesures d'urgences en cas d'accident impliquant notre/mon enfant (SAMU, pompiers, hospitalisation, anesthésie)
☐ **Autorisons** ☐ **N'autorisons pas**	Mon/notre enfant à rentrer seul
☐ **Autorisons** ☐ **N'autorisons pas**	Le personnel à transporter ou faire transporter notre/mon enfant dans les véhicules de l'établissement dans le cadre des sorties en groupe

SIGNATURES

Vallet, le
Nom, Prénom
Signatures :

Les informations portées sur ce formulaire sont obligatoires, elles font l'objet d'un traitement informatisé destiné uniquement à l'accueil de votre enfant au restaurant scolaire et/ou aux services périscolaires et accueil de loisirs.
Les informations recueillies pour les accueils périscolaires le sont sous la seule responsabilité de l'association organisatrice (IFAC)

FACTURATION

Réception des factures par voie dématérialisée (Mail)

oui ❑ non ❑

Nom/prénom de la personne à facturer	Option de paiement retenue	
……..	❑ Prélèvement	**Attention : en cas d'inscription dans les deux structures (restaurant scolaire et services périscolaires) : un seul et même mode de paiement est requis– (en cas de prélèvement un seul RIB)**
……..	❑ Chèques ou espèces	

Nous soussignons, M. et Mme, avoir pris connaissance des informations relatives au RGPD et donnons notre consentement libre et éclairé au traitement des données à caractère personnel figurant dans ce dossier. Ces données ont pour finalité les actes liés à l'accueil de notre/nos enfant(s) au groupe scolaire Paul Eluard et à la restauration scolaire.
Je certifie sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur ces documents.

J'atteste avoir pris connaissance du règlement intérieur du restaurant scolaire Paul Eluard et en accepte les termes.

A Vallet, le ……..

Nom, Prénom et signature des responsables légaux du/des enfant(s)

PIECES A FOURNIR OBLIGATOIREMENT

Inscription scolaire - école Paul Eluard	Inscription restauration scolaire
❑ Justificatif de domicile datant de – de 3 mois ❑ Livret de famille ❑ Le carnet de santé : vaccination obligatoire (DTP) date rappel : ……. ❑ Le certificat de radiation de l'ancienne école En cas de séparation ou divorce : ❑ Photocopie du jugement fixant la résidence habituelle de l'enfant Si garde alternée ❑ Attestation de résidence signée des deux parents ou signature du présent dossier par les deux parents	❑ Attestation CAF ou MSA ou ❑ Copie du dernier avis d'imposition Sans ces documents, le tarif maximum sera appliqué ❑ Attestation d'assurances Responsabilité Civile ❑ Fiche médicale ❑ Fiche autorisation ❑ Imprimé SEPA/Restaurant scolaire ❑ Relevé d'identité Bancaire **Centre de loisirs et/ou accueil périscolaire** **Documents à déposer à l'IFAC 9 bd Dejoie** **Prendre contact avec le service au 02.40.33.77.09** ❑ Fiche sanitaire de liaison ❑ Imprimé SEPA/IFAC ❑ Relevé d'identité Bancaire

ATTENTION, si vous utilisez déjà le service de restauration scolaire et/ou de l'IFAC pour un autre enfant, il n'est pas utile de transmettre

- L'attestation CAF ou l'avis d'imposition
- Les imprimés SEPA restaurant scolaire et/ou IFAC et le RIB (si vous êtes déjà prélevé)

Mandat de
Prélèvement SEPA

Référence unique du mandat

Type de contrat : **RESTAURANT SCOLAIRE MUNICIPAL**

2 route d'Ancenis 44330 VALLET

restaurantscolaire@vallet.fr 02 40 33 98 03

En signant ce formulaire de mandat, vous autorisez la Commune de VALLET à envoyer des instructions à votre banque pour débiter votre compte, et (B) votre banque à débiter votre compte conformément aux instructions de la Communes de VALLET.
Vous bénéficiez du droit d'être remboursé par votre banque selon les conditions décrites dans la convention que vous avez passée avec elle. Une demande de remboursement doit être présentée :
- dans les 8 semaines suivant la date de débit de votre compte pour un prélèvement autorisé.

Identifiant créancier SEPA

FR87RSM480728

Désignation du titulaire du compte à débiter	**Désignation du créancier**
Nom, prénom :	**Nom :** Commune de VALLET
Adresse :	**Adresse :** 9 rue François Luneau
.....	
Code postal :	**Code postal :** 44330
Ville :	**Ville :** VALLET
Pays :	**Pays :** FRANCE

Désignation du compte à débiter

Identification internationale (IBAN)	Identification internationale de la banque (BIC)
F R 7 6	( )

Type de paiement : Paiement récurrent /répétitif ☐

Signé à :
Le (JJ/MM/AAAA) :

Signature :

Désignation du tiers débiteur pour le compte duquel le paiement est effectué (si différent du débiteur lui-même et le cas échéant)

Nom du tiers débiteur :

JOINDRE UN RELEVE D'IDENTITE BANCAIRE (AU FORMAT IBAN BIC)

Rappel : *En signant ce mandat, j'autorise ma banque à effectuer sur mon compte bancaire, si sa situation le permet, les prélèvements ordonnés par la Commune de Vallet. En cas de litige sur un prélèvement, je pourrai en faire suspendre l'exécution par simple demande à ma banque. Je réglerai le différend directement avec la Commune de VALLET.*

Les informations contenues dans le présent mandat, qui doit être complété, sont destinées à n'être utilisées par le créancier que pour la gestion de sa relation avec son client. Elles pourront donner lieu à l'exercice, par ce dernier, de ses droits d'opposition, d'accès et de rectification tels que prévus aux articles 38 et suivants de la loi n°78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés.

MANDAT DE PRÉLÈVEMENT

Référence unique du mandat	MANDAT DE PRELEVEMENT SEPA IFACETABLISSEMENTGRANDOUEST	

En signant ce formulaire de mandat, vous autorisez l'Ifac Etablissement Grand Ouest à envoyer des instructions à votre banque pour débiter votre compte, et votre banque à débiter votre compte conformément aux instructions de l'Ifac Etablissement Grand Ouest.
Vous bénéficiez du droit d'être remboursé par votre banque selon les conditions décrites dans la convention que vous avez passée avec elle. Une demande de remboursement doit être présentée :
- dans les 8 semaines suivant la date de débit de votre compte pour un prélèvement autorisé,
- sans tarder et au plus tard dans les 13 mois en cas de prélèvement non autorisé.

Vos droits concernant le présent mandat sont expliqués dans un document que vous pouvez obtenir auprès de votre banque.
*Veuillez compléter les champs marqués **

Votre Nom* .....
Nom / Prénoms du débiteur

Votre adresse* .....
Numéro et nom de la rue

*[ ][ ][ ][ ][ ] * .....
Code Postal Ville

*.....
Pays

Les coordonnées* de votre compte [ ][ ][ ][ ] [ ][ ][ ][ ] [ ][ ][ ][ ] [ ][ ][ ][ ] [ ][ ][ ][ ] [ ][ ][ ][ ] [ ][ ][ ]
Numéro d'identification international du compte bancaire – IBAN (International Bank Account Number)

[ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ]
Code international d'identification de votre banque - BIC (Bank Identifier Code)

Nom du créancier* Ifac Etablissement Grand Ouest.....
Nom du créancier

[F][R][3][1][Z][Z][Z][6][1][3][4][6][2][ ]
Identifiant créancier SEPA

*Le Solilab – 8 rue Saint Domingue .....
Numéro et nom de la rue

*[4][4][2][0][0] *NANTES .....
Code Postal Ville

*FRANCE.....
Pays

Type de Paiement * Paiement récurrent / répétitif ☐ Paiement ponctuel ☐

Signé à *..... [ ][ ] [ ][ ] [ ][ ][ ][ ]
Lieu Date

Signature(s) *Veuillez signer ici

Note : Vos droits concernant le présent mandat sont expliqués dans un document que vous pouvez obtenir auprès de votre banque

Informations relatives au contrat entre le créancier et le débiteur - fournies seulement à titre indicatif.

Code identifiant du débiteur *.....
Indiquer ici tout code que vous souhaitez voir restitué par votre banque

Tiers debiteur pour le compte duquel le paiement est effectué (si différent du débiteur lui-même) *.....
Nom du tiers débiteur: si votre paiement concerne un accord passé entre *l'Ifac Etablissement Grand Ouest* et un tiers (par exemple, vous payez la facture d'une autre personne), veuillez indiquer ici son nom. Si vous payez pour votre propre compte, ne pas remplir.

*.....
Code identifiant du tiers débiteur

Tiers creancier *.....
Nom du tiers créancier : le créancier doit compléter cette section s'il remet des prélèvements pour le compte d'un tiers.

.....
Code identifiant du tiers créancier

Contrat concerné .....
Numéro d'identification du contrat

.....
Description du contrat

Les informations contenues dans le présent mandat, qui doit être complété, sont destinées à n'être utilisées par le créancier que pour la gestion de sa relation avec son client. Elles pourront donner lieu à l'exercice, par ce dernier, de ses droits d'oppositions, d'accès et de rectification tels que prévus aux articles 38 et suivants de la loi n°78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés.

A retourner à: VALLET ANIMATION 11 Boulevard Pusterle 44330 VALLET	Zone réservée à l'usage exclusif du créancier

Liberté • Égalité • Fraternité
RÉPUBLIQUE FRANÇAISE
MINISTÈRE DE LA JEUNESSE, DES SPORTS ET DE LA VIE ASSOCIATIVE

FICHE SANITAIRE DE LIAISON

DOCUMENT CONFIDENTIEL

Joindre obligatoirement la copie du carnet de vaccination

NOM DU MINEUR : .....

PRENOM : .....

DATE DE NAISSANCE : ...../...../.....

SEXE : M ☐ F ☐

Cette fiche permet de recueillir des informations utiles concernant votre enfant (l'arrêté du 20 février 2003 relatif au suivi sanitaire des mineurs en séjour de vacances ou en accueil de loisirs).

1-VACCINATION **(se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccinations)**

VACCINATIONS OBLIGATOIRES	Oui	Non	DATES DES DERNIERS RAPPELS	VACCINS RECOMMANDÉS	DATES
Diphtérie				Coqueluche	
Tétanos				Haemophilus	
Poliomyélite				Rubéole-Oreillons-Rougeole	
				Hépatite B	
				Pneumocoque	
				BCG	
				Autres (préciser)	

SI LE MINEUR N'A PAS LES VACCINS OBLIGATOIRES JOINDRE UN CERTIFICAT MÉDICAL DE CONTRE-INDICATION.

2-RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LE MINEUR

Poids : .....kg ; Taille : .....cm (informations nécessaires en cas d'urgence)

Suit-il un traitement médical pendant le séjour ? ☐ Oui ☐ Non

Si oui, joindre une ordonnance récente et les médicaments correspondants (boîtes de **médicaments dans leur emballage d'origine marquées au nom de l'enfant avec la notice).** Aucun médicament ne pourra être administré sans ordonnance.

ALLERGIES : ALIMENTAIRES ☐ oui ☐ non
MEDICAMENTEUSES ☐ oui ☐ non
AUTRES (animaux, plantes, pollen) : ☐ oui ☐ non
Précisez .....

Si oui, joindre un **certificat médical** précisant la cause de l'allergie, les signes évocateurs et la conduite à tenir.

Le mineur présente-t-il un problème de santé, si oui préciser ☐ oui ☐ non
.....
.....
.....

3-RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS
Port des lunettes, de lentilles, d'appareil dentaire ou auditif, comportement de l'enfant, difficultés de sommeil, énurésie nocturne, etc…
.....
.....
.....
.....

4-RESPONSABLES DU MINEUR
Responsable N°1 : NOM : ..... PRÉNOM : .....
ADRESSE :..... .....
....
TEL DOMICILE ..... TEL TRAVAIL.....
TEL PORTABLE : .....

Responsable N°2 : : NOM : ..... PRÉNOM : .....
ADRESSE :..... .....
....
TEL DOMICILE ..... TEL TRAVAIL.....
TEL PORTABLE : .....

NOM ET TEL MEDECIN TRAITANT : .....

Je soussigné(e)....., responsable légal du mineur, **déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et m'engage à les réactualiser si** nécessaire. J'autorise le responsable de l'accueil de loisirs à prendre, le cas échéant, toutes mesures rendues nécessaires selon l'état de santé de ce mineur.

Date : Signature :