



Dossier de renseignements

Pôle Ados

Année 2023-2024

1. Renseignements obligatoires :

Sexe F G

Nom Prénom Né(e) le/...../..... Age ans
Classe de l'année scolaire Collège/Lycée N° tél Ado :

Responsable légal n°1 : Nom Prénom Adresse complète Numéros : Portable Professionnel Fixe Email	Responsable légal n°2* : Nom Prénom Adresse complète Numéros : Portable Professionnel Fixe Email
--	---

- Mon enfant peut également être récupéré par les personnes suivantes* : (Gd parent, ami, nounou, fratrie etc. Précisez)
Nom Prénom N° de tel : Lien
- Durant les vacances, mon enfant sera hébergé par :
Nom Prénom Lien
Adresse complète
Numéros : Portable Professionnel Fixe
- Dans le cadre de la mise en ligne d'images ou de vidéos, ou de la publication dans les journaux, j'autorise la Ligue de l'Enseignement 87 à effectuer des prises de vues de mon enfant sans limitation de durée, ni d'autres formalités préalables. **oui** **non**

2. Autorisation spéciale Pôle Ados :

Je, soussigné(e)....., responsable de l'enfant....., autorise mon enfant à quitter l'établissement seul et à horaire libre après les activités : **oui** **non**



ALSH Solignac – Le Vigen
Pôle ados - 69 avenue Saint-Eloi - 87110 Solignac
05.19.76.07.80 - 06.34.12.55.90
adosolignaclevigen@gmail.com



3. Renseignements sanitaires :

- Votre enfant est scolarisé dans le cadre d'un **PAI** ? oui non **(Joindre la photocopie)**
- Votre enfant suit-il un **traitement médical** ? oui non
Pour quelle raison **(Joindre obligatoirement une ordonnance récente)**
- Votre enfant a-t-il des **allergies** ?
Précisez la cause de l'allergie et la conduite à tenir (si automédication, le signaler) :
.....
.....
- Votre enfant suit-il un régime alimentaire particulier ?
.....
- **Difficultés de santé ou recommandations utiles** : (port de lunettes, maladie, accident, crises convulsives, hospitalisation, opération, rééducation, etc. en précisant les dates et les précautions à prendre) :
.....
.....
.....

⇒ Joindre obligatoirement la **copie des vaccins avec les nom et prénom de l'enfant.**

- **N° de sécurité sociale**
Si vous êtes couvert par la **CMU**, joindre une attestation.

4. Autorisations parentales obligatoires :

- Je, soussigné(e)....., responsable de l'enfant.....,
- l'autorise à participer à toutes les activités organisées pendant son séjour (y compris sorties et baignades).
 - autorise la direction de l'accueil de loisirs à le faire soigner et à faire pratiquer les interventions chirurgicales d'urgences, selon les prescriptions du médecin consulté.
 - accepte qu'il puisse quitter l'Accueil de loisirs avec une des personnes citées ci-dessus* ou munies d'une décharge de responsabilité à l'attention de la direction.
 - déclare avoir pris connaissance du règlement intérieur en vigueur et l'accepter.
 - déclare que les renseignements portés sur ce dossier sont exacts.

Fait à le

Signature précédée de la mention manuscrite « Lu et approuvé »