



# 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 : .....

<b>Responsable légal n°1 :</b>  Nom ..... Prénom ..... Adresse complète ..... ..... Numéros : Portable ..... Professionnel ..... Fixe ..... Email .....	<b>Responsable légal n°2* :</b>  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 »**