



.....

**REGIME ALIMENTAIRE :**

- sans restriction       Sans viande       Sans porc       autre (préciser) :

---

**4 - RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS**

VOTRE ENFANT PORTE-T-IL DES LENTILLES, DES LUNETTES, DES PROTHÈSES AUDITIVES, DES PROTHÈSES DENTAIRES,  
...PRÉCISEZ toutes informations utiles

.....

.....

**5 -RESPONSABLES DE L'ENFANT**

NOM.....PRÉNOM.....Résidant sur la commune de .....

NOM.....PRÉNOM.....Résidant sur la commune de .....

Numéro d'URGENCE à composer pour joindre un responsable pendant l'accueil de l'enfant :

Père : ..... Mère : ..... Autre personne (lien avec l'enfant) .....

**AUTORISATIONS PARENTALES**

Je soussigné(e) M. / Mme .....

Père - Mère - responsable légal de .....

Cochez ci-dessous les mentions que vous approuvez :

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

J'atteste sur l'honneur que j'ai bien souscrit une assurance complète responsabilité civile couvrant tous les risques (extrascolaires) au bénéfice de mon enfant, en cours de validité.

Je précise qu'il ne présente aucune contre-indication médicale ou autre pour participer à toutes les activités de l'accueil de loisirs « Familles Rurales des Collines ».

J'autorise mon enfant, sous ma responsabilité, à regagner seul son domicile à la fin des activités.

J'autorise les personnes suivantes à venir chercher mon enfant à la sortie des activités :

- .....

- .....

J'autorise Familles Rurales à consulter mon QF sur site de la CAF (accès PRO)

J'autorise Familles Rurales à me faire parvenir des informations relatives à leurs activités par courrier électronique, à l'adresse suivante : .....

J'autorise Familles Rurales à véhiculer mon enfant dans le cadre des activités proposées

**Je déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche / Signature :**

**REGLEMENT DE FONCTIONNEMENT**

Je, soussigné(e) \_\_\_\_\_, reconnais avoir pris connaissance du contenu du règlement de fonctionnement de l'ALSH (le demander si besoin) et m'engage à le respecter.

Date :

Signature :

