

# Vendredi 25 Avril



Conseil  
Communautaire  
Des jeunes  
Châtaigneraie  
CANTALIENNE

**Matin**

## RÉUNION\* AVEC NOS PARTENAIRES CAF + MSA



\*nos intervenantes vous apporterons leur soutien dans la réalisation de vos projets que vous mettrez en place. Il est très important de comprendre qui elles sont. Cette réunion est fortement conseillée.

**Après-midi**

## RENCONTRE ET JEUX AVEC LES ADOS DES AUTRES SECTEURS



Maison des services (St-Mamet)



9h - 17h30



Sur place



Gratuite

- Ne pas oublier :
- une gourde
  - un pique nique + un goûter
  - une tenue adaptée à l'activité et à la météo

Inscription avant Le Mercredi 16/04

[c.bappel@chataigneraie15.fr](mailto:c.bappel@chataigneraie15.fr) // 07 89 31 77 05

NB : Je m'engage à respecter le règlement intérieur à la signature de ce bulletin  
Les activités/sorties peuvent être modifiées en fonction de la météo et des effectifs

\*fiches de renseignements & sanitaires à jour + règlement intérieur 2025 signé





FICHE DE RENSEIGNEMENT FAMILLE ALSH

LE ROUGET PERS-LAROQUEBROU

Nom de l'enfant : ..... Prénom de l'enfant : .....
Sexe : ..... Ecole : .....
Date de naissance : ..... Classe : .....
Né(e) à : ..... Taille : .....
Date inscription : ..... Pointure : .....

Nage t-il : ..... Brevet Nat. : .....

Médecin traitant : .....
Lieu d'hospitalisation : .....

Répondez ci-dessous par oui ou par non pour autoriser ou non l'accueil de loisirs:

Autorisation d'intervention médicale : .....
Autorisation de photo/film et communication dans la presse ou site CCC : .....
Autorisation de rentrer seul : .....
Autorisation de transport en minibus: .....

Type de repas : ..... Allergie repas: .....

Votre enfant est-il bénéficiaire de l'Allocation d'Education de l'Enfant Handicapé (AEEH)?.....
Si oui, merci de nous fournir la notification

Table with 2 columns: Personnes à prévenir en cas d'accident, Personnes habilitées à récupérer l'enfant. Includes rows for names and phone numbers.

Nom du responsable : ..... Situation familiale : .....
Prénom du responsable : .....
Email : ..... Adresse : ..... Ville : .....
Tél. Domicile : ..... Tél. Professionnel : ..... Tél. Portable : .....
N° de secu : ..... Centre de sécu : .....
Employeur : ..... Profession : .....
Régime (CAF, MSA, autre) : ..... N° : ..... Autorisation consultation QF (oui/non): .....
Quotient : .....

PARENT 1 : Nom : ..... Prénom : .....
Email : ..... Adresse : ..... Ville : .....
Tél. Domicile : ..... Quartier : ..... Tél. Professionnel : ..... Tél. Portable : .....
Employeur : ..... Profession : .....

PARENT 2 : Nom : ..... Prénom : .....
Email : ..... Adresse : ..... Ville : .....
Tél. Domicile : ..... Quartier : ..... Tél. Professionnel : ..... Tél. Portable : .....
Employeur : ..... Profession : .....

Observations : .....

Je soussigné(e) . déclare exacts les renseignements notifiés ci-dessus et déclare avoir pris connaissance et accepté le règlement intérieur (horaires,modalités d'inscriptions, de paiement, d'information sur l'acquisition d'une assurance individuelle accident...) de l'accueil de loisirs du Rouget Pers - Laroquebrou.

Fait à .., le : / / ... Signature



**INDIQUEZ CI-APRES :**

LES DIFFICULTES DE SANTE (MALADIE, ACCIDENT, CRISES CONVULSIVES, OPERATIONS, REEDUCATION) EN PRECISANT LES DATES ET LES PRECAUTIONS A PRENDRE.

.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....

**4 - RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS**

VOTRE ENFANT PORTE-T-IL DES LENTILLES, DES LUNETTES, DES PROTHESES AUDITIVES, DES PROTHESES DENTAIRES, ETC... PRECISEZ.

.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....

**5 - RESPONSABLE DE L'ENFANT**

NOM : ..... P..RENOM : .....

ADRESSE PENDANT LE SEJOUR : .....

.....

TEL. FIXE (ET PORTABLE), DOMICILE : .....BUREAU : .....

NOM ET TEL. DU MEDECIN TRAITANT(facultatif).....

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

Date :

Signature

**A REMPLIR PAR LE DIRECTEUR A L'ATTENTION DES FAMILLES  
COORDONNEES DE LA STRUCTURE**

ROUGET LAROQUEBROU  
ESPACE JEAN LABELLIE 15 290 IE ROUGET  
Tél. : 06.81.53.51.34 Email : alsh.lerouget@chataigneraie15.fr

**OBSERVATIONS**

.....  
.....  
.....  
.....  
.....