



N° de dossier :

à fournir au **Responsable Éducation Loisirs (REL)** de l'école fréquentée ou à la Direction Éducation Enfance **avant** toute fréquentation

Enfant

NOM : _____ **Prénom :** _____ **Né(e) le :** _____ **à** _____

Centre de loisirs été 2019

Centre fréquenté : _____
 Lieu de départ : _____

École 2019/2020

Lieu de scolarisation : _____
 Classe : _____

Centre de loisirs petites vacances 2019/2020

Centre fréquenté : _____
 Lieu de départ : _____

Centre de loisirs mercredi 2019/2020

Centre fréquenté : _____

Mère ou père

NOM : _____ **Prénom :** _____
 Téléphone : _____
 Courriel : _____

Mère ou père

NOM : _____ **Prénom :** _____
 Téléphone : _____
 Courriel : _____

Si vous ne souhaitez pas recevoir d'informations relatives aux activités péri et extra-scolaires aux adresses mail indiquées ci-dessus, veuillez cocher la case ci-contre.

Lieu de résidence de l'enfant

Assurance

Contacts autorisés à récupérer l'enfant (nom, prénom, téléphone)

Contact 1 : _____
 Contact 2 : _____
 Contact 3 : _____
 Contact 4 : _____

Autorisations

Activités : Étude et/ou ateliers du soir	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
Activités : Baignade surveillée autorisée	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
Sortie : Départ SEUL de l'étude, et ateliers et/ou l'accueil du soir	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
Sortie : Départ SEUL de la garderie gratuite du mercredi	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
Sortie : Départ SEUL du centre de loisirs les mercredis soirs, et petites vacances/vacances été	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
Droit à l'image : utilisation par la Ville de Rennes pour illustrer les activités des accueils municipaux péri/extrascolaires	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>

Allergies

Allergies alimentaires :
 contacter le service restauration - 02 23 62 15 57
 Si oui remplir la fiche allergies alimentaires téléchargeable sur
www.metropole.rennes.fr

Spécificités alimentaires

Votre enfant suit-il un régime alimentaire spécifique ? Oui Non

Si oui, lequel ? Non

Repas sans viande
 Repas sans porc
 Repas conforme aux prescriptions médicales

Contre-indications

Vaccin (DTP obligatoire) - Type - Date

PAI et accompagnement spécifique (si concerné) - Contacter le REL de l'école fréquentée

Médecin traitant : Dr _____

Votre enfant a-t-il besoin d'un accompagnement médical ? (diabète, hémophilie, asthme, etc.) Oui Non

Préciser : _____

Votre enfant a-t-il besoin d'un accompagnement spécifique ? (handicap moteur ou autre) Oui Non

Préciser : _____

Votre enfant a-t-il une notification de la Maison Départementale des Personnes Handicapées (MDPH) ? Oui Non

Si oui : temps scolaire temps périscolaire

Observations particulières

Je soussigné(e) (**NOM Prénom**), _____ **responsable légal de l'enfant**, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise le responsable du centre à prendre, le cas échéant, toutes les mesures (hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de mon enfant et à le transporter dans un véhicule.

Fait à Rennes, le

Signature obligatoire
