

## Fiche d'URGENCE Médicale

Nom et prénom de l'enfant :

.....

Votre enfant est-il allergique : OUI  NON   
 Si oui, à quels produits, aliments ?

.....

Autres problèmes de santé : .....

Un **Projet d'Accueil Individualisé**  
 est-il nécessaire: OUI  NON

Nom et adresse du Médecin traitant de l'enfant :

.....

N° de Téléphone : .....

Autorisez-vous la ville de Léognan à prendre toutes les  
 dispositions nécessaires en cas d'urgence médicale et à faire  
 pratiquer toute intervention en cas d'urgence chirurgicale ?

OUI  NON

**Date et signature** du responsable légal de l'enfant:

Pour les 6/12 ans participants aux activités sportives, un certificat  
 de non contre-indication à la pratique du sport devra être fourni

## Bulletin de **pré-inscription** aux Services périscolaires

Nom de l'enfant :	<input type="checkbox"/> CANTINE
Prénom :	<input type="checkbox"/> GARDERIE
Date de Naissance :	<input type="checkbox"/> Centre Loisirs 3-6ans
Ecole fréquentée :	<input type="checkbox"/> Centre Loisirs 6-16 ans
Classe à la rentrée de septembre :	

Nom de l'enfant :	<input type="checkbox"/> CANTINE
Prénom :	<input type="checkbox"/> GARDERIE
Date de Naissance :	<input type="checkbox"/> Centre Loisirs 3-6ans
Ecole fréquentée :	<input type="checkbox"/> Centre Loisirs 6-16 ans
Classe à la rentrée de septembre :	

Nom de l'enfant :	<input type="checkbox"/> CANTINE
Prénom :	<input type="checkbox"/> GARDERIE
Date de Naissance :	<input type="checkbox"/> Centre Loisirs 3-6ans
Ecole fréquentée :	<input type="checkbox"/> Centre Loisirs 6-16 ans
Classe à la rentrée de septembre :	

Nom et prénom du responsable légal de l'enfant :

Adresse complète de résidence:

Situation de Famille :

N° de Téléphone :

En cas d'urgence, prévenir M :  
 N° de téléphone :

Si votre enfant a moins de 6 ans à la rentrée, personnes **majeures**  
 habilitées à récupérer l'enfant :