



Patronage Laïque Le Guill-Stade Quilbignonnais

15, rue Jean-François Tartu - 29200 Brest - 02.98.05.54.37
Courriel : accueil@patrolegouill.fr - Centre des loisirs : alsh@patrolegouill.fr
Site du PLLG-SQ : <http://www.patrolegouill.fr>

FICHE ENFANT

2026/2027

ALSH ☐ Mercredis
☐ Vacances

Boxe éduc. (7/13 ans) ☐

Tennis de table enfant ☐

NOM :

Prénom :

Date de naissance : à

Age

Ecole Classe :

Si l'enfant a moins de 6 ans :

☐ Fait la sieste

☐ Ne fait pas la sieste

☐ Sieste selon le choix de l'enfant

COORDONNEES

Responsable légal 1

Civilité :

Nom/Prénom :

Liens : Son fils ☐

Sa fille ☐

Adresse

N°/Rue :

CP : Ville :

Tél. Personnel :

Tél. Professionnel :

Mail :

Profession :

Responsable légal 2

Civilité :

Nom/Prénom :

Liens : Son fils ☐

Sa fille ☐

Adresse

N°/Rue :

CP : Ville :

Tél. Personnel :

Tél. Professionnel :

Mail :

Profession :

Factures par mail : Oui ☐ Non ☐

Secteur : ☐ St Pierre (Haut Rive Droite) ☐ Recouvrance (Bas Rive Droite)

☐ Autres Brest ☐ BMO ☐ Hors BMO

Si autre responsable, précisez (nom, prénom, adresse...) :

.....
.....

ALLOCATAIRE

Caisse : CAF ☐ MSA ☐ Quotient familial : € N° CAF :

☐ J'autorise le PLLG à consulter mon quotient familial, sur le service CDAP/CAF TSVP →

QUESTIONNAIRE

Compagnie d'assurance :

L'enfant vit chez : Ses parents ☐ Sa mère ☐ Son père ☐
 Garde alternée ☐ Famille d'accueil ☐ Foyer ☐

Divers

Autoriser publication d'une photo : Oui ☐ Non ☐

Autorisation de rentrer seul(e) : Oui ☐ Non ☐

Conformément à la loi relative à l'informatique et aux libertés, vous disposez d'un droit d'accès et de rectification des données vous concernant sur simple demande.

Autorisation

A qui téléphoner en cas d'urgence (Nom/Prénom/Téléphone) : Mère ☐ Père ☐ Autre ☐

.....
.....

Autres personnes autorisées à venir chercher l'enfant (Nom/Prénom/Téléphone) :

.....
.....

HANDICAP / MEDICAL

Allocations AEEH : Oui ☐ Non ☐

Notification MDPH : Oui ☐ Non ☐

Précision (TSA, TDAH, DYS, ...) :

Information médicale (allergies, lunettes, Maladie chronique, etc...) :

.....

Information alimentaire :

Je soussigné(e)

Responsable de l'enfant

1 - Autorise les responsables du centre :

. à le faire soigner et à l'hospitaliser en cas d'urgence.

2 - Autorise mon enfant :

. à participer aux activités du centre,

. à se baigner.

3 - Accepte et atteste avoir pris connaissance du projet associatif et du projet pédagogique.

4 - Accepte et atteste avoir pris connaissance du règlement intérieur (disponible sur demande à l'accueil).

Fait à le

Signature

A REMPLIR PAR LE SERVICE

CERTIFICAT MEDICAL	COTISATION			REGLEMENT		DATE	COMPLET
	FOL	FSGT	UFOLEP	ESPECES	CHEQUE		