

FICHE RENSEIGNEMENTS SEPTEMBRE 2018 – AOUT 2019

L'enfant	
NOM : _____	Prénom : _____
Adresse : _____ _____	Né(e) le : ____/____/____ Sexe : _____
Téléphone domicile: ____/____/____/____	école et classe fréquentée cette année : _____
Tél portable(s) : _____	adresse mail : _____
Repas spéciaux : NON <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> (si OUI, précisez lesquels: PAI, sans porc...)	
L'enfant sait-il nager <u>seul</u> : OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	

Responsables	
Responsable légal père <input type="checkbox"/> mère <input type="checkbox"/> tuteur <input type="checkbox"/>	Autre personne père <input type="checkbox"/> mère <input type="checkbox"/>
Nom : _____	Nom : _____
Prénom : _____	Prénom : _____
Profession : _____	Profession : _____
Employeur : _____	Employeur : _____
Tél. travail : _____	Tél. travail : _____
Tél domicile: _____	Tél domicile: _____
Tél portable : ____/____/____/____	Tél portable : ____/____/____/____

Personnes autorisées ou interdites à récupérer l'enfant (préciser si interdiction)			
Interdit	Nom - Prénom	Téléphone	Lien de parenté
<input type="checkbox"/>	_____	_____	_____
<input type="checkbox"/>	_____	_____	_____
<input type="checkbox"/>	_____	_____	_____
<input type="checkbox"/>	_____	_____	_____
<input type="checkbox"/>	_____	_____	_____
<input type="checkbox"/>	_____	_____	_____

Diffusion
J'autorise la diffusion de photos de mon enfant dans le programme, la presse... OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> Signature : _____
Si vous souhaitez recevoir les programmes uniquement par mail, merci de mentionner l'adresse mail à laquelle vous souhaitez qu'il soit envoyé : _____

FICHE RENSEIGNEMENTS SEPTEMBRE 2018 – AOUT 2019

Régimes

Régime allocataire : CAF - MSA – Autre (préciser le département) : _____

N° allocataire : _____ Quotient Familial (QF) : _____

ATTENTION : si le QF n'est pas précisé, le tarif le plus élevé sera appliqué.

Autorisation d'accès direct à CAF PRO pour connaître le QF de la famille et la mise en place de la tarification en fonction de ce QF : OUI NON

Si CAF PRO n'est pas renseigné, une copie de l'avis d'imposition sera demandé

Observations médicales

Contre-indications, allergies, maladie chronique : _____

Médecin traitant : _____ Téléphone : _____

Etablissement hospitalier en cas d'urgence : _____

Numéro de Sécurité Sociale de l'enfant : _____

Pièces à joindre

- ❖ Copie des vaccins à jour
- ❖ Fiche sanitaire + fiche de renseignements dûment remplies
- ❖ Règlement de l'adhésion à l'association

FICHE RENSEIGNEMENTS SEPTEMBRE 2018 – AOUT 2019

Autorisations

Je (Nous) soussigné(s),
père mère tuteur de l'enfant :

merci de cocher la/les case(s)

- déclare avoir pris connaissance des modalités d'inscription et de fonctionnement de l'accueil périscolaire/centre de loisirs et du règlement intérieur.
- déclare avoir pris connaissance des modalités de paiement et m'engage à payer tous les frais de séjour, déduction faite des aides auxquelles j'ai droit.
- autorise mon enfant à participer à toutes les activités du centre de loisirs autorisées par la réglementation (y compris les transports)
- autorise la Direction à prendre toute mesure qu'elle jugerait utile au cas où mon enfant aurait besoin de soins urgents.
- m'engage à fournir l'ordonnance et les médicaments à la Direction et/ou l'équipe pédagogique dans le cadre d'un traitement médical (**aucun médicament n'est donné sans ordonnance**).

Signature :

Je (Nous) soussigné(s), _____ responsable(s) légal(aux) de l'enfant certifie(ions) sur l'honneur l'exactitude des renseignements figurant sur cette fiche.

A _____ le _____

Signature :

Partie réservée à la direction

Règlement de l'adhésion joint au dossier d'inscription : OUI NON Si NON, date de paiement de l'adhésion : _____

Dossier d'inscription :

- fiche de renseignement dûment remplie et signée : OUI
- fiche de renseignements médicaux dûment remplie et signée : OUI
- copie des vaccins jointe : OUI