



L' ENFANT

Prénom et NOM

Date de naissance

Classe à la rentrée

Adresse :

RESPONSABLES LÉGAUX

Responsable légal : Père Mère Tuteur

Prénom et NOM :

Adresse (si différente de l'enfant) :

Tél. domicile :

Tél. portable :

Tél. travail :

E-mail :

Responsable légal : Père Mère Tuteur

Prénom et NOM :

Adresse (si différente de l'enfant) :

Tél. domicile :

Tél portable :

Tél. travail :

E-mail :

PRESTATIONS SOCIALES

L'indication du numéro d'allocataire permet à l'administration d'accéder directement à vos ressources auprès de la CAF et de vous faire bénéficier de tarifs modulés en fonction de celles-ci.

Régime générale de la Sécurité Sociale

NOM de l'allocataire :

N°allocataire CAF :

Quotient Familial :

Je ne souhaite pas communiquer mon quotient familial ou à défaut mon n°allocataire CAF. Le tarif le plus élevé sera appliqué.

Autres régimes

Joindre la copie de l'attestation

ASSURANCES

Assurance qui couvre votre enfant sur le temps scolaire, péri et extra scolaire

Compagnie :

N° du contrat :

RETOUR DE L' ENFANT A SON DOMICILE

Après les activités :

Autorise

N'autorise pas mon enfant à regagner seul le domicile

Je soussigné(e) (père/mère ou tuteur) autorise les personnes désignées ci-dessous à venir chercher mon enfant régulièrement ou en cas d'empêchement.

NOM et prénom	Adresse	Coordonnées téléphoniques	Lien de parenté
.....
.....
.....
.....

RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX Joindre la copie des vaccinations du carnet de santé

Allergies : oui non

Si oui, précisez le type de l'allergie :

Les difficultés de santé :

Recommandations utiles :

Date du dernier rappel DT POLIO :

NOM, adresse complète et n° de téléphone du médecin de famille :

AUTORISATIONS

J'autorise mon enfant à participer aux différentes activités et sorties proposées par l'accueil de loisirs :
oui non

J'autorise mon enfant à être :
-filmé oui non
-photographié oui non

J'autorise l'accueil de loisirs à diffuser les photos :
-sur la presse oui non
-sur les plaquettes d'informations oui non

J'autorise l'équipe d'animation à prendre , le cas échéant, toutes mesures rendues nécessaires par l'état de l'enfant : traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale
oui non

Je soussigné(e) (père/mère ou tuteur) :
-déclare avoir pris connaissance du règlement intérieur
-m'engage à régler à chaque échéance le montant des prestations dont les tarifs ont été fixés par le conseil communautaire
-déclare posséder une assurance en responsabilité civile pour mon enfant
-certifie que les renseignements portés sur cette fiche sont exacts et m'engage à signaler tout changement de coordonnées.
-autorise le responsable du séjour ou de l'accueil à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de l'enfant.

Fait à, le / /

Signature du responsable légal précédée de la mention « lu et approuvé ».