

	NOM	PRENOM	SEXE (M / F)	DATE DE NAISSANCE	AGE
ENFANT n°1					
ENFANT n°2					
ENFANT n°3					

RESPONSABLES DE L'ENFANT

Nom /Prénom Parents		
Qualité	<input type="checkbox"/> Père <input type="checkbox"/> Mère <input type="checkbox"/> Autre.....	<input type="checkbox"/> Père <input type="checkbox"/> Mère <input type="checkbox"/> Autre.....
Situation de famille	<input type="checkbox"/> Célibataire <input type="checkbox"/> Marié <input type="checkbox"/> Divorcé <input type="checkbox"/> Autre	<input type="checkbox"/> Célibataire <input type="checkbox"/> Marié <input type="checkbox"/> Divorcé <input type="checkbox"/> Autre
Téléphone Domicile		
Téléphone Portable		
Courriel		
Profession (Employeur)		
Téléphone Travail		

ADRESSE DE FACTURATION :

.....

REGIME D'APPARTENANCE pour le calcul de votre quotient familial

CAF : N°Allocataire..... ou justificatif (copie avis d'imposition année 2010 + copie prestations familiales)

MSA : joindre un justificatif)

SECURITE SOCIALE

N° sécurité sociale.....

AUTORISATIONS ET ATTESTATIONS

(Barrer si non autorisé)

Atteste avoir pris connaissance du fonctionnement de l'accueil de Loisirs ainsi que des conditions d'organisation des animations.

Atteste avoir pris connaissance des conditions tarifaires.

Atteste avoir été informé de l'intérêt de souscrire à un contrat d'assurance des personnes couvrant les dommages corporels pouvant exposer les activités auxquelles participe mon enfant.

Autorise mon enfant à participer à toutes les activités organisées par le service, sous la responsabilité du personnel d'animation dans le centre et à l'extérieur

Autorise les responsables à faire transporter mon enfant pour les besoins des activités de l'accueil de loisirs

Autorise mon enfant à se baigner dans le cadre des activités du centre, dans des lieux de baignade autorisés

Autorise la diffusion de photos représentant mon enfant prises à l'occasion des activités auxquelles il participe sur les publications intercommunales, municipales et articles de presse

Autorise en cas d'urgence le personnel à prendre toutes les mesures (consultation médicales, hospitalisation, interventions chirurgicales, transfusions) nécessaire à l'état de santé de mon enfant.

M'engage à rembourser les honoraires médicaux et pharmaceutiques avancés par les organisateurs en raison de soins engagés

Autorise mon enfant à quitter seul l'Accueil de Loisirs à heures

Autorise une tierce personne autre que les parents à prendre en charge mon enfant en mon absence à la fin de la période d'Accueil de Loisirs

Mme, Melle, M.....Tel.....
Lien (grand parents – oncle ou tante – amis – voisin)
Adresse

Mme, Melle, M.....Tel.....
Lien (grand parents – oncle ou tante – amis – voisin)
Adresse

Mme, Melle, M.....Tel.....
Lien (grand parents – oncle ou tante – amis – voisin)
Adresse

Je certifie exact les renseignements figurant dans ce dossier

Fait àLe.....
Signature