



Nom de la structure : .....

Nom et prénom de l'enfant : .....

Sexe : .....

Date de naissance : .....

Ecole : .....

### MEDICAL

Médecin traitant : .....

Lieu d'hospitalisation : .....

Autorisation d'intervention médicale : .....

### AUTORISATIONS

Autorisation de rentrer seul : .....

Autorisation de photographier et filmer : .....

*Cette autorisation vaut pour la diffusion sur notre site Internet et dans la presse*

Autorisation de se baigner : .....

Autorisation de transport en véhicule (médecin) : .....

Personne à prévenir en cas d'accident (autre que responsables)			Personne habilitées à récupérer l'enfant (autre que responsables)		
Nom Prénom	Qualité	Téléphone	Nom Prénom	Qualité	Téléphone

### RENSEIGNEMENTS FAMILIAUX

#### RESPONSABLE

Nom : ..... Prénom : ..... Né(e) le : .....

Adresse : .....

Ville : .....

Tél. Domicile : .....

Tél. Professionnel : .....

Tél. Portable : .....

Employeur : ..... Profession : .....

Email : .....

*Je souhaite recevoir par mail les informations relatives au fonctionnement de l'Association : OUI NON*

Régime : Général / MSA\* N allocataire CAF/ MSA\* : ..... Quotient : .....

*\*Rayer la mention inutile*

*J'autorise le personnel de l' Association habilité par la CAF consulter mon quotient familial pour la facturation : OUI NON*

#### CO - RESPONSABLE

Nom : ..... Prénom : ..... Né(e) le : .....

Adresse : .....

Ville : .....

Tél. Domicile : .....

Tél. Professionnel : .....

Tél. Portable : .....

Employeur : ..... Profession : .....

**J'atteste avoir vérifié que mon assurance responsabilité civile couvre mon enfant pour les activités proposées à l'Accueil de Loisirs.**

**Je déclare avoir lu le règlement intérieur et l'accepter dans sa totalité.**

Je soussigné(e)..... déclare exacts les renseignements notifiés ci-dessus.

Fait à....., le : ...../...../..... Signature