



Nom de la structure :

Nom et prénom de l'enfant :

Sexe :

Date de naissance :

Ecole :

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

INFORMATIONS MEDICALES

Médecin traitant :

Lieu d'hospitalisation :

Autorisation d'intervention médicale :

Votre enfant a-t-il une reconnaissance MDPH ou est-il en cours de reconnaissance ? OUI NON

(Dans certains cas, la CAF peut nous apporter un soutien financier, notamment pour le renfort d'équipe et ainsi mieux répondre aux besoins de l'accueil d'enfant en situation de handicap).

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