

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 :

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

(Dans le cas d'une réponse positive, nous prendrons rendez-vous avec vous afin d'adapter au mieux l'accueil de votre enfant)

RENSEIGNEMENTS FAMILIAUX

RESPONSABLE - Qualité Père Mère Assistant(e) Familial (e)

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 à consulter mon quotient familial pour la facturation : OUI NON

CO – RESPONSABLE - Qualité Père Mère Assistant(e) Familial (e)

Nom : **Prénom :** **Né(e) le :**

Adresse :

Ville :

Tél. Domicile : Tél. Professionnel : Tél. Portable :

Employeur : Profession :

Email :

- **J'atteste avoir vérifié que mon assurance responsabilité civile couvre mon enfant pour les activités proposées à l'Accueil de Loisirs. Et j'atteste être informé de l'intérêt d'avoir une assurance responsabilité civile complémentaire (type assurance extra-scolaire) pour que mon enfant soit correctement couvert pour les dommages qu'il pourrait causer et/ou auxquels il pourrait être exposés au cours des activités.**

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

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

Fait à , le :/...../..... Signature