

**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'accepter dans sa totalité.

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

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