

Matin et Soir
 Cantine
 ALSH
 TAP

NOM : _____ Prénom : _____

Date de naissance : _____ Age : _____ Classe : _____

NOM, Prénom et adresse du représentant légal : Joindre copie du livret de famille (parents et enfants)

Merci de nous prévenir de tous changements en cours d'année

- **NOM Prénom du PERE** : _____ **A facturer** (si séparé)

Profession : _____ Sem Paire

Employeur : _____ Sem Impaire

- **NOM Prénom de la MERE** : _____ **A facturer** (si séparé)

Profession : _____ Sem Paire

Employeur : _____ Sem Impaire

- **Téléphones** : **Cochez le numéro d'urgence**

Domicile :	Père	Mère
Travail :	Père	Mère
Portable :	Père	Mère



- N° Sécurité Sociale : _____

- **N° Allocataire** : _____ **CAF ou MSA** **OBLIGATOIRE**

(Si présence sur les accueils)

(Pour les enfants de + de 6 ans et MSA [joindre le dernier avis d'imposition](#))

TIERS POUVANT RÉCUPÉRER VOTRE ENFANT :

J'autorise mon enfant à quitter seul l'accueil de loisirs et par conséquent, je décharge de toutes responsabilités l'organisateur de l'accueil de loisirs :

Oui

Non

Je, soussigné, _____

- autorise mon enfant à participer à toutes les activités organisées par le service enfance
- autorise le directeur de la structure à prévenir les secours et à faire soigner mon enfant si nécessaire selon les prescriptions du médecin et si les parents ne sont pas joignables,
- accepte les prises de vues de mon enfant et leurs utilisations par l'organisateur uniquement
- accepte le règlement intérieur de la structure,

DATE :

SIGNATURE :

RENSEIGNEMENTS MEDICAUX



DOCUMENT UNIQUE



OBLIGATOIRE POUR TOUS LES ENFANTS PRESENTS EN ACCUEIL DE LOISIRS ET A LA CANTINE

Vaccinations : **Joindre obligatoirement la Photocopie du carnet de vaccination**

Médecin traitant : Nom Prénom: _____ **Tel :** _____

Maladies et allergies :

Votre enfant a-t-il déjà eu :

Rubéole	oui*	non*	Coqueluche	oui*	non*
Varicelle	oui*	non*	Otites	oui*	non*
Angine	oui*	non*	Rougeole	oui*	non*
Rhumatisme articulaire	oui*	non*	Oreillons	oui*	non*
Scarlatine	oui*	non*			

Allergies : Attention, n'oubliez pas de joindre un certificat médical !!!

Asthme	oui*	non*
Alimentaires	oui*	non*
Médicamenteuse	oui*	non*

Si oui, précisez la nature de cette allergie et la conduite à tenir : **Une rencontre sera organisée entre la directrice de l'école, le directeur du service enfance et les parents.**

Autres renseignements concernant votre enfant : (port de lunettes, garde alternée, etc...)

Assurance en responsabilité civile :

Assureur : _____

N° de contrat : _____

Echéance le : _____