

Nom et prénom de l'enfant : \_\_\_\_\_ Ecole : \_\_\_\_\_

Date de naissance : \_\_\_\_\_ Classe : \_\_\_\_\_

Lieu de naissance : \_\_\_\_\_ Sexe : \_\_\_\_\_

<b>ASSURANCE (fournir attestation)</b> Assureur : N° de police :	<b>Caisse d'Allocation Familiale de :</b> <b>N° d'allocataire :</b> <b>Quotient familial :</b> <b>(joindre obligatoirement une copie)</b>
--	--

Nom et prénom du responsable légal :  Père  Mère  Tuteur

	PERE	MERE	TUTEUR
Nom et Prénom			
Adresse			
Tél. domicile			
Tél. portable			
<u>Email (obligatoire)</u>			
Employeur			
Profession			
Tél. professionnel			
N° Sécurité sociale			
Autre régime Nom et N°			

Personnes à prévenir en cas d'accident Nom et N° de téléphone	Personnes habilitées à récupérer l'enfant Nom et N° de téléphone
-	-
-	-
-	-
-	-
-	-

Autorisation de filmer et/ou photographier :  oui  non

Uniquement dans le cadre du Centre. Ces photos ou films pourront être utilisées pour des panneaux d'informations, parutions dans le site Internet, les bulletins municipaux ou intercommunautaires et les journaux locaux.

Autorisation de consulter votre quotient familiale sur le site CAF PRO  oui  non

Je soussigné(e) \_\_\_\_\_ déclare exacts les renseignements notifiés ci-dessus. J'autorise mon enfant à participer à toutes les activités proposées par les animatrices et autorisées par le règlement intérieur. **Je reconnais avoir lu le règlement intérieur, les consignes et avoir pris connaissance des modalités et conditions de fonctionnement du centre de loisirs (et notamment en ce qui concerne les horaires, inscriptions, tarifs et délais de paiement) Je m'engage à les respecter.**

Fait à \_\_\_\_\_ le \_\_\_\_\_

Signature précédée de la mention « lu et approuvé »

## RENSEIGNEMENTS MEDICAUX

Médecin traitant : \_\_\_\_\_ Tél. : \_\_\_\_\_

Lieu d'hospitalisation : \_\_\_\_\_

Autorise les animatrices de Centre à prendre toutes les mesures nécessaires à l'état de santé de mon enfant. En cas d'urgence, votre enfant sera conduit auprès du Doct. Grossiord à Treffort ou à l'hôpital Fleyriat de Bourg en Bresse.

Autorisation d'intervention médicale :  oui  non

Régime ou type de repas : \_\_\_\_\_

Observations : (recommandations, contre indications, allergies, problèmes de santé, traitement en cours) :

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

### Vaccinations :

DT COQ : \_\_\_\_\_

A \_\_\_\_\_ le \_\_\_\_\_

Signature précédée de la mention « lu et approuvé »

## FREQUENTATION DU CENTRE

Mon enfant viendra au centre :

- en périscolaire (matin et/ou soir)

	LUNDI	MARDI	JEUDI	VENDREDI
Matin				
Soir				

- mercredi et vacances scolaires

	Occasionnellement	Régulièrement
Le mercredi *		
Vacances scolaires *		

\* Inscriptions minimum une semaine avant.

\*Toute inscription est due.

---

## AUTORISATION POUR LES ACTIVITES EXTERIEURES (Facultatif)

J'autorise mon enfant \_\_\_\_\_ à se rendre seul(e) à l'activité se déroulant à l'extérieur du centre, à savoir (danse, musique, sport ... Préciser) :

\_\_\_\_\_

Le \_\_\_\_\_ (préciser le jour) de \_\_\_\_\_ à \_\_\_\_\_ (préciser les horaires) et décharge le Centre de loisirs de toutes responsabilités pendant le temps d'absence ci-dessus mentionné.

A \_\_\_\_\_ le \_\_\_\_\_

Signature précédée de la mention « lu et approuvé »