

### Identité

Nom de l'enfant : ..... Prénom : .....

Date de naissance : |\_\_\_\_\_| / |\_\_\_\_\_| / |\_\_\_\_\_|

### SITUATION DES PARENTS

#### Parent 1

Nom : .....

Prénom : .....

Adresse : .....

Code postal et ville : .....



N° du domicile : .....

N° de portable : .....

N° professionnel : .....

E-Mail: .....

#### Parent 2

Nom : .....

Prénom : .....

Adresse : .....

Code postal et ville : .....



N° du domicile : .....

N° de portable : .....

N° professionnel : .....

E-Mail: .....

Situation familiale :  célibataire  mariés/vie maritale  séparés/divorcé  veuf(ve)

Responsable légal de l'enfant : .....

Numéro allocataire CAF : |.....| (sept chiffres)

*Nous tenons à vous informer que la Caisse d'Allocations Familiales met à notre disposition un service internet à caractère professionnel qui nous permet de consulter directement les éléments de votre dossier d'allocations familiales nécessaires à l'exercice de notre mission. Conformément à la loi du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés, nous vous rappelons que vous pouvez vous opposer à la consultation de ces informations en nous contactant. Dans ce cas, il vous appartient de nous fournir les informations nécessaires au traitement de votre dossier, sinon nous serons dans l'obligation de vous facturer aux tarifs les plus élevés.*

J'autorise l'association à consulter mes données :  OUI  NON

Si autre régime, préciser le nom de l'organisme et n° d'allocataire (pour la MSA, fournir votre quotient familial)

Pour le **Restaurant Municipal**, une fiche de renseignements est à compléter.

Vous devez fournir une attestation CAF de moins de 3 mois pour la tarification selon votre quotient familial.

### RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX

Nom du médecin traitant : ..... / Tél : .....

En cas d'accident, l'enfant doit-il être conduit dans un établissement particulier ou chez un médecin ?

oui  non Si oui, lequel ? .....

*En cas d'absence de celui-ci, nous prendrons les dispositions nécessaires.*

En cas d'accident, nom de la personne à prévenir : .....

..... / Tél : .....

Observations que vous souhaitez formuler à la direction du centre de loisirs ou du restaurant municipal (maladie, régime alimentaire, allergies, handicaps...):  
.....  
.....

Vaccins à jour : Photocopies obligatoires du carnet de santé à joindre.



## Renseignements Pratiques

Votre enfant rentre-t-il :  seul  avec un parent  
 avec un frère ou une sœur  autrement

• Indiquer le nom de la ou des personnes autorisé(es) à prendre l'enfant au centre de loisirs  
(*autorisation parentale obligatoire à remplir pour chaque personne*) :

..... / Tél : .....

..... / Tél : .....

### ASSURANCE

Numéro de sécurité sociale : |.....|

Régime : ..... Centre de paiement : .....

Assurance responsabilité civile (nom) : .....

Contrat n° : |.....| Adresse : .....

.....

### AUTORISATION DE DIFFUSION DES PHOTOGRAPHIES OU VIDÉOS



Nous autorisons le centre de loisirs à photographier notre enfant et à utiliser ensuite ces photos:

- pour la durée des droits de propriétés intellectuelles
- à titre non commercial, non lucratif
- pour des temps de valorisation, brochures d'informations, montages power point, dossiers internes, site internet et facebook du centre de loisirs et de la commune.

oui  non

### Décharge de Responsabilité

*Ayant pris connaissance du fonctionnement du centre de loisirs et du restaurant municipal, de leurs règlements intérieurs et des conditions financières, je soussigné ....., représentant légal de l'enfant :*

- certifie exacts les renseignements portés sur cette fiche,
- autorise mon enfant à participer à toutes les activités du centre, déplacements à pieds, en vélo, en transports en commun, baignades, camping, visites...
- accepte les conditions des règlements intérieurs
- décharge les organisateurs de toute responsabilité en cas d'accident qui pourrait survenir à l'extérieur du centre, en dehors des heures de présence au centre
- autorise les organisateurs à prendre toutes les mesures nécessaires en cas d'urgence médicale, et les autorités médicales à pratiquer les interventions chirurgicales nécessaires,
- m'engage à rembourser à l'association ou à la municipalité les honoraires et frais médicaux avancés en raison de soins engagés.

Fait à :

le :

Mention « Lu et approuvé » et signature  
obligatoire des deux parents. →

