

## ACCUEIL DE LOISIRS

### RENSEIGNEMENTS ENFANT :

Nom : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_ Sexe : \_\_\_\_\_  
Date de naissance : \_\_\_\_\_  
Adresse : \_\_\_\_\_  
Code postal : \_\_\_\_\_ Ville : \_\_\_\_\_ Tél. domicile : \_\_\_\_\_  
Tél. ou l'on peut ABSOLUMENT joindre quelqu'un : Tél. 1 : \_\_\_\_\_ Tél. 2 : \_\_\_\_\_  
Adresse Email : \_\_\_\_\_@\_\_\_\_\_  
Nom de l'école : \_\_\_\_\_ Classe : \_\_\_\_\_  
Particularités repas : sans porc  sans viande   
Régimes alimentaires (prescriptions médicales à préciser) : \_\_\_\_\_

### RENSEIGNEMENTS PARENTS :

Représentant légal : père  mère   
Famille monoparentale : oui  non  - Les deux parents travaillent : oui  non   
PERE : Nom : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_  
Employeur : \_\_\_\_\_ Tél. employeur : \_\_\_\_\_  
MERE : Nom : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_  
Employeur : \_\_\_\_\_ Tél. employeur : \_\_\_\_\_  
N° Allocataire CAF Moselle : \_\_\_\_\_

### EN CAS D'URGENCE - PERSONNES A CONTACTER :

1) Nom : \_\_\_\_\_ Tél. : \_\_\_\_\_  
2) Nom : \_\_\_\_\_ Tél. : \_\_\_\_\_  
Médecin traitant : \_\_\_\_\_ Tél. : \_\_\_\_\_

Adhésion 5 euros pour l'année (du 1<sup>er</sup> septembre au 31 août)

J'autorise  je n'autorise pas  l'utilisation des photos prises durant les activités sur lesquelles mon enfant peut figurer pour promouvoir l'activité.

Je reconnais avoir pris connaissance du règlement intérieur de l'accueil jeunes.

Fait à \_\_\_\_\_, le \_\_\_\_\_ Signature (obligatoire)

Fiche sanitaire à compléter impérativement