

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. : _____

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