

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