

FICHE D'INSCRIPTION et DE RENSEIGNEMENTS

Partie réservée au centre de loisirs					
Assurance	<input type="checkbox"/>	Espèces	€	Chèques	€
Attestation quotient familial	<input type="checkbox"/>	CAF /MSA	€	ANCV	€
Fiche sanitaire	<input type="checkbox"/>				

PARENTS		
Situation Familiale	<input type="checkbox"/> Marié <input type="checkbox"/> divorcé <input type="checkbox"/> concubinage <input type="checkbox"/> PACS <input type="checkbox"/> Autres (précisez)	
	PÈRE	MÈRE
Représentant légal *	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
NOM		
Prénom		
Adresse		
Code postal ville		
Adresse mail		
Téléphone domicile		
Téléphone portable		
Employeur		
Tél professionnel		
Régime de protection sociale :	Régime Général <input type="checkbox"/> MSA <input type="checkbox"/> Autres <input type="checkbox"/> (Précisez)	
Numéro de sécurité sociale :		
Numéro d'allocataire :	Quotient familial :	€

Enfants					
	NOM	PRÉNOM	NÉ(E)	M*	F*
1					
2					
3					
4					

Adresse de résidence de(s) enfant si autre que le représentant légal

PERSONNES À PRÉVENIR EN CAS D'URGENCE

Nom	Prénom	Téléphone	Lien de parenté

PERSONNES AUTORISÉES À VENIR CHERCHER L'ENFANT (AUTRES QUE les PARENTS)

AUTORISATION PARENTALE

Je soussigné _____ père, mère, de(s) enfants _____

J'autorise le personnel du centre de loisirs à prendre des photos ou à filmer mon(mes) enfant(s) dans le cadre des activités du centre de loisirs. Je suis informé(e) que ces images peuvent être utilisées pour des affichages ou des supports d'information : oui non

J'autorise mon, (mes)enfant(s)

- À participer aux activités organisées par l'association (transport y compris : voitures individuelles ou bus), oui non
- À participer aux mini-camps oui non
- À se baigner oui non

- Prénom de l'enfant : _____ Sait nager oui non
- Prénom de l'enfant : _____ Sait nager oui non
- Prénom de l'enfant : _____ Sait nager oui non
- Prénom de l'enfant : _____ Sait nager oui non

J'autorise le responsable du centre de loisirs à prendre le cas échéant, toutes les mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de l'enfant oui non

Nom, adresse n° de téléphone du médecin traitant _____

A _____ Le _____

Signature des parents précédé de la mention <<lu et approuvé >>