

Nom et prénom de l'enfant* :
Né(e) le : ____/____/____ Garçon Fille Ecole : Classe.....

Nom et Prénom du père* :
Adresse* :

Tél. domicile* : Portable* :

Courriel :

Nom et prénom de la mère* :
Adresse (si différente) :

Tél. domicile *(si différent) : Portable* :

Courriel :

Autre représentant légal :

Adresse :

Tél. de domicile : *Portable :

Numéro de sécurité sociale : N° CAF :

Assurance scolaire* (merci de fournir l'attestation)

A qui adresser la facture Père Mère Tuteur

Accepte de recevoir la facture par mail Oui Non

Autres personnes à joindre en cas d'urgence et/ou autorisées à récupérer l'enfant

Nom..... Tél :

Nom..... Tél :

Nom..... Tél :

MEDICAL

Médecin traitant* : Tél :

Rappel des vaccins* (merci de fournir la photocopies des vaccins)

Observations médicales :

AUTORISATIONS

J'autorise le personnel d'encadrement à photographier, filmer, mon enfant au sein de l'accueil périscolaire.

Les images pourront être utilisées dans le cadre des animations internes presse internet.

J'autorise le personnel responsable à prendre toutes mesures (appel parents, médecin, hospitalisation...) rendues nécessaires par l'état de santé de mon enfant.

J'autorise la Direction du Centre à consulter mon compte CAFPRO sur internet.

J'autorise mon enfant à quitter seul l'école (à partir de 8 ans).

Monsieur..... Madame.....

Responsable légal de l'enfant déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche.

Je m'engage à signaler à tout moment de l'année les changements survenus (contre-indication médicale ou alimentaire, changement d'adresse, mise à jour des vaccinations).

Par ailleurs, je déclare avoir pris connaissance du règlement intérieur (document joint à conserver) et je m'engage à le respecter.

Date :/...../.....

Signature du père* :

signature de la mère* :

* champs obligatoires