

FICHE de RENSEIGNEMENTS 2019

Vérification de la fiche

Valable de septembre 2018 à Août 2019

Nom de l'enfant _____	Prénom _____
Adresse _____	Téléphone de la famille _____
_____	Date de naissance _____
_____	_____

Secteur jeunesse à remplir par votre ado

E-mail de l'adolescent _____
 Portable de l'adolescent _____

Informations OBLIGATOIRES des parents

Régime allocataire* CAF MSA ou AUTRES
 Nom de l'allocataire : _____ N° Allocataire : _____
 Caisse : Bourg en Bresse autres Quotient familial si inf. à 810 : _____

Assurance responsabilité civile **JOINDRE LA COPIE** : _____

Parents	E-mail des parents
Mère	Père
Civilité _____	Civilité _____
Nom : _____	Nom : _____
Prénom : _____	Prénom : _____
Adresse si différente de l'enfant _____	Adresse si différente de l'enfant _____
_____	_____
Téléphone domicile : _____	Téléphone domicile : _____
Profession : _____	Profession : _____
Employeur : _____	Employeur : _____
Téléphone Travail : _____	Téléphone Travail : _____
Portable : _____	Portable : _____
Adresse de l'employeur : _____	Adresse de l'employeur : _____
_____	_____
Situation familial* : Célibataire, Divorcée Mariée Séparée Veuve Vie maritale	Situation familial* : Célibataire Divorcé Marié Séparé Veuf Vie maritale
N° Sécurité Sociale _____	N° Sécurité Sociale _____
_____	_____

*Rayer les mentions inutiles

PERSONNE A PREVENIR EN CAS D'URGENCE **autre que les parents avec le n° de téléphone.**

Tél.: Nom.....

Tél.: Nom.....

Personnes autorisées à venir chercher l'enfant **autre que les parents :**

Nom, prénom téléphone.

Nom, prénom téléphone

J'autorise mon enfant à partir seul à la fin de chaque journée* : **OUI - NON**

RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS pour l'équipe d'animation

Je soussigné (nom, prénom)

- Père, mère, responsable légal déclare avoir pris connaissance des modalités de fonctionnement et de paiement des activités de l'accueil de loisirs et périscolaire.

- Je reconnais avoir été informé de mon intérêt à souscrire un contrat d'assurance couvrant les dommages corporels de mon enfant, des activités auxquelles il participera dans le cadre de l'accueil de loisirs.

Autorise **N'autorise pas**

J'autorise mon enfant à participer à toutes les activités réglementairement autorisées, et à emprunter les moyens de transports éventuels prévus pour celles-ci (à pied, vélo, véhicule particulier, véhicules de transport en commun...)

Autorise **N'autorise pas**

J'autorise le directeur(trice) de l'accueil de loisirs à pratiquer ou à faire pratiquer tout soin, à faire hospitaliser ou faire pratiquer toute intervention médicalement urgente prescrite par un médecin, si l'état de mon enfant le nécessite.

Autorise **N'autorise pas**

J'autorise également la prise de photographies et vidéo de mon enfant dans le cadre des activités et à utiliser les clichés pour la valorisation de celles-ci ou pour la communication à titre gratuit de l'association AIGLE. Images diffusées sur FACE BOOK.

Autorise **N'autorise pas**

J'autorise la responsable de AIGLE à visionner sur le site CDAP les informations sur mon coefficient familiale et d'archiver ces données collectées dans le dossier administratif de mon enfant.

Autorise **N'autorise pas**

J'autorise l'équipe d'animation à administrer les médicaments de mon enfant sous ma responsabilité et sur présentation de l'ordonnance.

Je certifie sur l'honneur l'exactitude des renseignements figurant sur cette fiche et déclare avoir pris connaissance du règlement intérieur de la structure et m'engage à le respecter.

A Le.....

Ajouter la mention " lu et approuvé "

Signature

*Rayer les mentions inutiles

