

FICHE DE RENSEIGNEMENTS

NOM DE L'ENFANT :	PRENOM
DATE DE NAISSANCE :	SEXE : <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M
ADRESSE :	
ECOLE FREQUENTEE :	CLASSE :

RESPONSABLE LEGAL : <input type="checkbox"/> PERE <input type="checkbox"/> MERE	PÈRE	MERE
NOM		
PRENOM		
ADRESSE (si différente de celle de l'enfant)		
Téléphone fixe		
Téléphone portable		
Adresse Mail		
PROFESSION		
NOM et ADRESSE DE L'EMPLOYEUR		
TELEPHONE TRAVAIL		

SITUATION FAMILIALE PARTICULIERE UTILE DE NOUS COMMUNIQUER (séparé, enfant placé....) :

REGIME ALLOCATAIRE : <input type="checkbox"/> CAF <input type="checkbox"/> MSA <input type="checkbox"/> AUTRE :	NOM DE L'ALLOCATAIRE
CAISSE DE :	N° ALLOCATAIRE :

PERSONNE(S) AUTORISEE(S) à récupérer L'ENFANT (autre que les parents) avec téléphone :

NOM DU MEDECIN :	REGIME ET CONTRE-INDICATIONS MEDICALES : <input type="checkbox"/> SANS PORC <input type="checkbox"/> SANS POISSON <input type="checkbox"/> AUTRE :
TELEPHONE :	
ETS HOSPITALIER SOUHAITE :	

Je soussigné(e), père, mère, tuteur:

- * **Déclare avoir pris connaissances** des modalités de fonctionnement des activités de l'ALSH et du règlement concernant le paiement des séjours, de l'ALSH, des accueils péri-scolaires, des études surveillées ou du restaurant scolaire,
- * **M'engage** à payer tous les frais d'inscription, d'adhésion, ainsi que les frais engagés pour mon enfant,
- * **Autorise** mon enfant à participer à toutes les activités de l'ALSH autorisées par la réglementation (y compris transports et camping),
- * **Donne mon accord** pour que mon enfant bénéficie de l'encadrement périscolaire matin, midi et soir selon ses besoins, (enfants scolarisés à Commerson)
- * **Donne mon accord** pour que le personnel de l'association donne à mon enfant des médicaments sur prescription médicale
- * **Autorise** la prise de photographie (captation, fixation, enregistrement, numérisation) représentant mon enfant dans le cadre des activités de l'ALSH ou des séjours de vacances,
- * **Donne l'autorisation sur la consultation de données sur le site CAFPRO,**
- * **Autorise** la diffusion et la publication de photographies représentant mon enfant pour le site web du Centre Social, pour les programmes d'activité, pour un article de presse.

Fait à Chatillon sur
Chalargonne, le :

SIGNATURE précédée de la mention "LU ET APPROUVE"