

FICHE DE RENSEIGNEMENTS

Accueil de Loisirs

L'ENFANT :

NOM de l'enfant :	Prénom :
Né (e) le :	Sexe : F M
Domicile :	à :
.....	

<i>Responsable légal / Ass. Familiale</i>	<i>Responsable légal / Ass. Familiale</i>
Père <input type="checkbox"/> Mère <input type="checkbox"/> Autre <input type="checkbox"/> (précisez :.....)	Père <input type="checkbox"/> Mère <input type="checkbox"/> Autre <input type="checkbox"/> (précisez :.....)
Nom :	Nom :
Nom de jeune fille :	Nom de jeune fille :
Prénom :	Prénom :
Adresse :	Adresse :
.....
CP :Commune :	CP :Commune :
Tél. domicile :	Tél. domicile :
Tél. portable :	Tél. portable :
N° de sécurité sociale :	N° de sécurité sociale :
Adresse mail :	Adresse mail :
Profession :	Profession :
Nom de l'employeur :	Nom de l'employeur :
Adresse de l'employeur :	Adresse de l'employeur :
.....
Tél. travail :	Tél. travail :

Caisse d'Allocations Familiales de :..... N° allocataire CAF :

NOM du parent allocataire (père/mère).....

Cochez si garde alternée

AUTORISATIONS ET ATTESTATION SUR L'HONNEUR :

➤ **AUTORISATION PARENTALE :**

J'autorise mon enfant(NOM, Prénom de l'enfant)

à repartir avec les personnes autorisées suivantes :

NOM Prénom _____ Tel : _____ lien avec l'enfant : _____
NOM Prénom _____ Tel : _____ lien avec l'enfant : _____
NOM Prénom _____ Tel : _____ lien avec l'enfant : _____

➤ **DROIT A L'IMAGE :**

Je soussigné(e) père, mère, tuteur (rayer la mention inutile) de l'enfant, autorise la commune d'HERSIN COUPIGNY à photographier ou filmer mon enfant durant le temps de fréquentation des services cantine, périscolaires, accueil de loisirs et des TAP et à utiliser son image dans des supports d'activités, d'information et de communication (site internet, Trait d'union).

➤ **AUTORISATION D'INTERVENTION MEDICALE :**

Je soussigné(e) père, mère, tuteur (rayer la mention inutile) de l'enfant, autorise la commune d'HERSIN COUPIGNY à prévenir les services d'urgence et à prendre les mesures nécessaires dans l'intérêt de l'enfant, si l'état de santé l'exige.

En cas d'urgence, prévenir en priorité :

NOM et prénom : Tel :

Nom et coordonnées du médecin traitant :

➤ **ASSURANCE RESPONSABILITE CIVILE ET CORPORELLE :**

J'atteste avoir contracté une assurance responsabilité civile, **en cours de validité.**

Compagnie : _____ N° de contrat : _____

➤ **AUTORISATION DE DEPLACEMENT :**

- A pied
- Minibus
- Bus

J'atteste sur l'honneur, l'exactitude des renseignements fournis et m'engage à prévenir la mairie de tout changement éventuel (adresse, problème de santé, situation familiale...).

A _____, le _____

signature :

