

## FICHE DE RENSEIGNEMENTS

### ENFANT

Nom : ..... Prénom : .....

Né(e) le : ..... à .....

Adresse : .....

Code postal : ..... Commune : ..... Secteur : CDC / Hors CDC

### PARENT 1

Nom : ..... Prénom : .....

Adresse (Si différente de celle de l'élève) : .....

Code postal : ..... Commune : ..... Secteur : CDC / Hors CDC

Téléphone domicile : ..... Téléphone portable : .....

Téléphone travail : ..... Adresse/mail@ : .....

Profession : ..... Situation de famille : .....

### PARENT 2

Nom : ..... Prénom : .....

Adresse (Si différente de celle de l'élève) : .....

Code postal : ..... Commune : ..... Secteur : CDC / Hors CDC

Téléphone domicile : ..... Téléphone portable : .....

Téléphone travail : ..... Adresse/mail@ : .....

Profession : ..... Situation de famille : .....

### AUTRES PERSONNES À CONTACTER EN CAS D'URGENCE ET/OU AUTORISÉES À PRENDRE L'ENFANT À LA SORTIE

1°  À appeler en cas d'urgence

Autorisée à prendre l'enfant

Nom : .....

Prénom : .....

Lien avec l'enfant : .....

Téléphone : .....

2°  À appeler en cas d'urgence

Autorisée à prendre l'enfant

Nom : .....

Prénom : .....

Lien avec l'enfant : .....

Téléphone : .....

3°  À appeler en cas d'urgence

Autorisée à prendre l'enfant

Nom : .....

Prénom : .....

Lien avec l'enfant : .....

Téléphone : .....

## SORTIES DE L'ENFANT

J'autorise/ je n'autorise pas (rayer la mention inutile) mon enfant à rentrer seul à la maison après le fonctionnement de l'ALSH à .....h..... (Prévenir si changement d'heure de sortie)

## SORTIES ACTIVITÉS

Par ce document, j'autorise / je n'autorise pas (rayer la mention inutile) à participer à toutes les activités organisée par le centre (piscine et autres sortie extérieures).

Accepte / n'accepte pas l'utilisation de l'image de mon enfant au sein de l'ALSH : supports pédagogiques, exposition ou pour le bulletin municipal.

## SANTÉ

Vaccinations à jour : (photocopies du carnet de vaccination)      oui       non

**Votre enfant présente-t-il des allergies ? :**      oui       non

**Si oui lesquelles ?** .....

**Recommandations particulières des parents :**  
.....  
.....

## ASSURANCE DE L'ENFANT

✓ Votre enfant bénéficie t-il d'une assurance scolaire :      oui       non

Si oui, laquelle ? Nom : .....      Numéro : .....

✓ Contractez-vous une assurance responsabilité civile :      oui       non

Si oui, laquelle ? .....      Numéro: .....

## RÉGIME D'ALLOCATIONS FAMILIALES DONT L'ENFANT DÉPEND

✓ Régime général (CAF, Fonction publique)      oui       non

Si oui,      **N° Allocataire CAF:** .....

**Nom du Titulaire :** .....

**Quotient familial (fournir une attestation):** .....

✓ Autres régimes : MSA, EDF/GDF, SNCF, RATP      oui       non

Si oui, lequel ? .....

*En cochant cette case, j'accepte que ces informations soient utilisées par l'association La Tribu de Nava et ses délégataires lors de l'accueil de mon enfant et afin de recevoir les informations concernant le fonctionnement de l'accueil de loisirs. Ces informations ne peuvent être transmises à des tiers, elles seront détruites lorsque l'enfant dépassera l'âge d'accueil ou sur demande écrite (sous réserve d'être à jour des règlements).*

**Je m'engage (nous nous engageons) à vous signaler tous changements modifiant les indications mentionnées sur cette fiche.**

**Date :**

**Signature :**