

Nom, prénom de l'enfant : _____ Né(e) le : _____

Sexe : M F

École : _____ Enseignant : _____ Classe : _____

PARENTS DE L'ENFANT

	Père, responsable de l'enfant <input type="checkbox"/>	Mère, responsable de l'enfant <input type="checkbox"/>
NOM, Prénom		
Adresses du domicile		
Téléphone domicile		
Téléphone portable		
Courriel		
N° sécurité sociale		
NOM employeur		
Adresses employeur		
Téléphone professionnel		

Nom de la ou des personnes susceptibles de venir chercher mon enfant :

NOM – Prénom	Lien de parenté	N° téléphone	Adresse

Personnes à joindre en cas d'urgence (Nom+Téléphone) :

NOM PRENOM	ADRESSE	TELEPHONE

N° Allocataire C.A.F. : _____

Père

Mère

C.A.F. d'appartenance : CAF DE LA MOSELLE

Autre C.A.F. : _____

Revenu fiscal de référence : _____

Nombres Enfants à charge : _____

Famille : Couple

Monoparentale

Accueil

Je certifie que mon enfant bénéficie d'une assurance scolaire et extrascolaire

Nom de la compagnie	N° contrat	N° téléphone

En cas d'accident ou incident, j'autorise les responsables de la structure à prendre toutes les mesures nécessaires pour la sécurité, la santé et la moralité de mon enfant : OUI NON

Pendant les activités, j'autorise le personnel de l'association à photographier et/ou à filmer mon enfant pour la création de souvenirs et d'archives : OUI NON

J'autorise le personnel du périscolaire à utiliser ces supports pour sa promotion et son information (presse et journaux locaux, nouveau média, affiches...) : OUI NON

L'enfant sait-il nager ? OUI NON

Piscine autorisée : OUI NON

Régime alimentaire : _____

Date de la dernière mise à jour du carnet de santé : _____

Allergies : _____

Recommandations des parents : _____

Médecin traitant :

Nom : _____ **Téléphone :** _____

Adresse : _____

Fait à _____, le _____

Signature du ou des parents