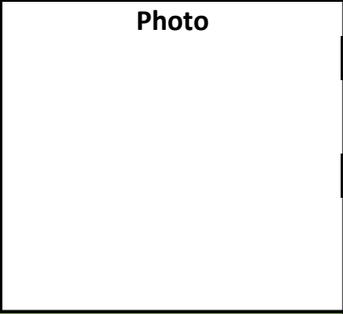


# FICHE DE RENSEIGNEMENT 2021-2022

Vérification de la fiche  Valable de Septembre 2021 à Août 2022

**Nom de l'enfant**  
**Prénom de l'enfant**  
**Adresse**

**Téléphone**  
**Date de naissance de l'enfant:**  
**Lieu de naissance**



## PERSONNE A PREVENIR EN CAS D'URGENCE autre que les parents avec le numéro de téléphone

Nom..... Tel.....  
 Nom..... Tel.....

## PERSONNES AUTORISE A VENIR CHERCHER L'ENFANT autre que les parents

Nom.....  
 Nom..... Tel.....

## AUTORISATIONS

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

## Assurance périscolaire et extrascolaire (joindre la photocopie)

## Informations OBLIGATOIRES des parents

Régime allocataire\* **CAF MSA AUTRES:**  
 Nom de l'allocataire: \_\_\_\_\_ Numéro allocataire \_\_\_\_\_  
 Quotient familial: \_\_\_\_\_ (joindre la copie de l'attestation caf)  
 Caisse: Digne-les-Bains Autre:

A rentrer seul le soir uniquement pour les enfants de + de 7 ans  
 Autorise  N'autorise pas

J'autorise la responsable de l'ALSH La Rabassière à visionner sur le site CAFPRO les informations sur mon coefficient familial.  
 Autorise  N'autorise pas

## Attestation Responsabilité civile (joindre la copie)

## Parents

Adresse mail:

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 l'équipe d'animation à administrer les médicaments de mon enfant sur présentation de l'ordonnance et d'une décharge de responsabilité écrite.  
 Autorise  N'autorise pas

## Parent 1

## Parent 2

Nom  
 Prénom  
 Adresse (Si différente de l'enfant).....  
 .....  
 Portable.....  
 Tel domicile.....  
 Tel professionnel.....  
 Profession.....  
 Adresse employeur  
 .....

Nom  
 Prénom  
 Adresse (Si différente de l'enfant).....  
 .....  
 Portable.....  
 Tel domicile.....  
 Tel professionnel.....  
 Profession.....  
 Adresse employeur  
 .....

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

RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS pour l'équipe d'animation  
 .....  
 .....  
 .....  
 .....  
 .....  
 .....  
 .....  
 .....

J'autorise également la prise de photographies et vidéos de mon enfant dans le cadre des activités et à utiliser les clichés pour la valorisation de celles-ci ou pour la communication.  
 Autorise  N'autorise pas

Situation familiale\*: célibataire marié(e) séparé(e) divorcé(e) vie maritale  
 Num Sécurité Sociale:.....

Situation familiale\*: célibataire marié(e) séparé(e) divorcé(e) vie maritale  
 Num Sécurité Sociale:.....

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.

Fait à \_\_\_\_\_ Le \_\_\_\_\_  
 Signature

(\*)Rayer la mention inutile