Parent 1 Parent 2 J'autorise e directeur(trice) de l'accueil de loisirs à RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS pour l'équipe d'animation médicalement urgente prescrite par un médecin, si l'état de mon enfant le nécessite. l'état de mon	FICHE DE RENSEIGNEMENT 2020-2021		PERSONNE A PREVENIR EN CAS D'URGENCE autre que les parents avec le numéro de téléphone	
Prénom de l'enfant Adresse  Téléphone Date de naissance de l'enfant: Lieu de naissance Assurance périscolaire et extracolaire [joindre la photocopie] Informations OBLIGATORES des parents Autres:   Parent   Pare	Vérification de la fiche Valab	le de Septembre 2020 à Août 2021	Nom	. Tel
Adresse    Nom	Nom de l'enfant	Photo	Nom	. Tel
Adresse  Teléphone Date de naissance de l'enfant: Lieu de naissance de l'enfant: Lieu de naissance Assurance périscolaire et extrascolaire (joindre la photocopie) Informations OBLIGATOIRES des parents Informations OBLIGATOIRES des parents Régime allocataire* Cafe MSA AUTRES: Nom de l'allocataire* Caisse: Digne-les-Bains Autre: Digne-les-Bains Adresse mali:  Parent 1 Parent 2 Parents  Parent 1 Parent 2 Parent 1 Parent 2 Parent 1 Parent 2 Parent 1 Parent 2 Parent 2 Parent 1 Nom Nom Nom Nom Nom Nom Nom Nom Prénom Prénom Adresse (Si différente de Perfant). Portable. Portable. Portable. Portable. Portable. Portession. Adresse employeur Adr	Prénom de l'enfant		PERSONNES AUTORISE A VENIR CHERCHER L'E	NFANT autre que les parents
Téléphone Date de naissance de l'enfant: Lieu de naissance de l'enfant: Lieu de naissance  Assurance périscolaire et extrascolaire [joindre la photocople]  Informations OBLIGATOIRES des parents  Régime allocataire* CAF MSA AUTRES: Nom de l'allocataire* Quotient familial: Aresse mail:  Parent 1 Parent 2 Parent 0 Parent 0 Prénom P	Adresse			
Je soussigné (nom, prénom)			Nom	. Tel
Date de naissance de l'enfant: Lieu de naissance    Regime allocataire*   CAF MSA AUTRES:   Californe la copie de l'attestation cafi   Caisse: Digne-les-Bains   Autre:   Caisse: Digne-les-Bains   Autre:   Caisse: Digne-les-Bains   Autre:   Caisse: Digne-les-Bains   Autres:   Caisse:   Caisse:			AUTORISATIONS	
Date de naissance de l'enfant: Lieu de naissance    Regime allocataire   CAF MSA AUTRES:   Autroise   Autroise	Téléphone		Je soussigné (nom, prénom)	Père, mère,
Lieu de naissance  Assurance périscolaire et extrascolaire [joindre la photocople]  Informations OBLIGATOIRES des parents  Arentrer seul le soir uniquement pour les enfants de loisires  Arentrer seul le soir uniquement pour les enfants de la fer 7 ans le cadre de l'accueil de loisires  Arentrer seul le soir uniquement pour les enfants de l'activité à responsable de l'ALSH La Rabassière à visionner sur le site CAPPRO les informations sur mon coefficient familial.  Autorise   Nautorise pas   Autorise	•			
Assurance périscolaire et extrascolaire [joindre la photocopie]  Informations OBLIGATOIRES des parents  Régime allocataire*  CAF MSA AUTRES:  Nom de l'allocataire:  Numéro allocataire:  Informet fad d'assurance de l'accueil de loisirs  Arentrer seul le soir uniquement pour les enfants de l'Autorise la responsable de l'ALSH La Rabassière à visionner sur le site CAFPRO les informations sur mon coefficient familial.  Quotient familial:  Gioindre la copie de l'attestation caf)  Caisse:  Digne-les-Bains  Autre:  Adresse mail:  Adresse mail:  Adresse mail:  Parent 1  Parent 2  Parent 2  Parent 2  Parent 2  Nom  Nom  Nom  Prénom  Adresse (Si différente de l'enceueil de loisirs à pratiquer à toutes les apprunter les moyens de transports éventuels prévus pour celles-ci (à pied, velo, véhicule particulier, véhicules de transport en commun)  Adresse (Si différente de l'enceueil de loisirs à protuper les mon enfant à participer à toutes les administrer les mon enfant à participer à toutes les dell'enceur autorisées, et à emprunter les moyens de transports éventuels prévus pour celles-ci (à pied, vélo, véhicule particulier, véhicules de transport en commun)  Adresse (Si différente de l'enceueil de loisirs à prévus pour celles-ci (à pied, vélo, véhicule particulier, véhicules de transport en commun)  Prénom  Nom  Nom  Nom  Prénom  Adresse (Si différente de l'enceueil de loisirs à pratiquer de l'autorise pas l'autorise pas l'etate de l'enceueil de loisirs à pratiquer et outs oin, à faire pratiquer tout soin, à faire pratique route intervention medicalement urgente prescrite par un médecin, si l'état de mon enfant le nécessite.  Portable.  Portable.  Portable.  Portable.  Ital domicile.  Tel professionnel.  Profession.  Adresse employeur  Autoris				
A rentrer seul le soir uniquement pour les enfants de 46 7 ans de 14 LSH La Rabassière à visioners aur le ste CAFPRO les informations sur mon coefficient familial.  Nom de l'allocataire:  Numéro allocataire:  Numéro allocataire:  Numéro allocataire:  Numéro allocataire:  Quotient familial:  Caisse: Digne-les-Bains  Autre:  Adresse mail:  Parents  Adresse mail:  Parent 1  Parent 2  J'autorise le directeur(trice) de l'accuell de loisirs à prospitaliser ou faire pratiquer tout soin, à faire hospitaliser ou faire pratiquer tout soin, à faire hospitaliser ou faire pratiquer tout soin, à faire hospitaliser ou faire pratiquer tout en faire la copie de l'autorise de l'etate de l'etate).  Portable.  Portable.  Portable.  Porfession.  Adresse employeur  Adresse employeur  Adresse employeur  Adresse elibataire  Situation familiale*: célibataire  Atuorise  Atuorise  Autorise  Autorise  Autorise  Autorise   N'autorise pas   Jautorise la responsable de l'ALSH La Rabassière à visioners urus leste CAFPRO les informations sur mon coefficient familial.  Non en enfant à participer à toutes les activités réglementait apratiquer toutes les activités réglement autorisées, et à empruter les moyens de transports éventuels prouves pour celles-ci (à pied, vélo, véhicule particuler les moyens de transports éventuels provise ventuels provise ventuels provise ventuels provise ventuels provise ventuels provise ventuels provises les activités pas patorise l'apricule de loisira à demon enfant el commun.  J'autorise   N'autorise pas   Autorise   N'autorise   N'				
Régime allocataire* CAF MSA AUTRES:   Autorise   N'autorise pas   N'autori				J'autorise la responsable de l'ALSH La Rabassière à
Regime allocataire* CAF MSA AUTRES:    Autorise   Nautorise pas   Nautorise pas	informations obligatories de	s parents		·
Quotient familial: (joindre la copie de l'attestation caf) Caisse: Digne-les-Bains	Régime allocataire* CAF MSA AUTRE	S:	☐ Autorise ☐ N'autorise pas	mon coefficient familial.
Caisse: Digne-les-Bains	Nom de l'allocataire:	Numéro allocataire		☐ Autorise ☐ N'autorise pas
Carse: Digne-les-Bains Autre:  Attestation Responsabilité civile ( joindre la copie)  Parent s  Addresse mail:    Autorise   Nautorise   N	Quotient familial:	(joindre la copie de l'attestation caf)		
Addresse mail:    Parent   Par			· · · · · · · · · · · · · · · · · · ·	·
Parent 1 Parent 2 Parent 2 Parent 2 Parent 2 Parent 3 Parent 4 Parent 5 Parent 5 Parent 5 Parent 6 N'autorise le directeur(trice) de l'accueil de loisirs à pratiquer ou à faire pratiquer tout soin, à faire hospitaliser ou faire pratiquer tout soin, à faire hospitaliser ou faire pratiquer tout entervention médicalement urgente prescrite par un médecin, si l'état de mon enfant le nécessite. Portable. Portable. Portable. Portable. Portable. Tel domicile. Tel domicile. Tel professionnel. Profession. Adresse employeur Adresse employeur  Adresse employeur Situation familiale*: célibataire  Autorise N'autorise pas N'autorise pas N'autorise pas Parent 2 Préquipe d'animation Préqui	Attendation Decompositive fields / Salados Incomis			
Parent 1 Parent 2 J'autorise le directeur(trice) de l'accueil de loisirs à RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS pour l'équipe d'animation				edite.
Nom Nom Prénom Prénom Prénom Prénom Hospitaliser 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.    'enfant			☐ Autorise ☐ N'autorise pas	☐ Autorise ☐ N'autorise pas
Prénom Adresse (Si différente de l'enfant)	Parent 1	Parent 2		·
Prenom Adresse (Si différente de l'enfant)	Nom	Nom		l'équipe d'animation
Adresse (Si différente de l'enfant)	Prénom	Prénom		
l'enfant)	Adresse (Si différente de	Adresse (Si différente de		
Portable	l'enfant)	l'enfant)		
Tel domicile			☐Autorise ☐ N'autorise pas	
Tel professionnel	Portable	Portable	J'autorise également la prise de photographies et	
Tel professionnel	Tel domicile	Tel domicile		
Profession	Tel professionnel	Tel professionnel		
Adresse employeur  Situation familiale*: célibataire  Adresse employeur  Adresse employeur  Autorise  N'autorise pas  Je certifie sur l'honneur l'exactitude des renseignements figurant sur cette fiche et déclare avoir pris		Profession	ou pour la communication.	
Situation familiale*: célibataire  Situation familiale*: célibataire  Situation familiale*: célibataire  Situation familiale*: célibataire				
			☐ Autorise ☐N'autorise pas	
marié(e) sénaré(e) sénaré(e) sénaré(e) connaissance du règlement intérieur de la structure et m'engage à le respecter.	Situation familiale*: célibataire	Situation familiale*: célibataire	Je certifie sur l'honneur l'exactitude des renseignem	ents figurant sur cette fiche et déclare avoir pris
maneles separeles limineles separeles	marié(e) séparé(e)	marié(e) séparé(e)	connaissance du règlement intérieur de la structure et m'engage à le respecter.	
divorcé(e) vie maritale divorcé(e) vie maritale	divorcé(e) vie maritale	divorcé(e) vie maritale		
Num Sécurité Pait à Le	Num Sécurité	Num Sécurité	Fait à Le	
Sociale:		Sociale:	Signature	

<sup>(\*)</sup>Rayer la mention inutile