

Personnes autorisées à venir chercher votre enfant:

-
-
-

Remarques éventuelles:

.....

.....

Régime lié au culte religieux:

Régime alimentaire :

En cas d'urgence : prévenir : ☎ / / / / / /
 ou : ☎ / / / / / /

Médecin traitant :

Nom:
 Adresse: ☎ / / / / / /
 Numéro de Sécurité sociale:
 Votre enfant bénéficie-t-il d'un Projet d'Accueil Individualisé: **oui - non**
 Votre enfant suit-il un traitement de longue durée: **oui - non**

AUTORISATION PARENTALE

Je soussigné: Nom: Prénom:

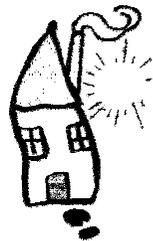
responsable légal de l'enfant inscrit sur la présente fiche,

- autorise mon enfant à participer aux activités proposées par l'accueil de loisirs ados,
- autorise mon enfant à se rendre seul à l'accueil jeunes: **oui - non**
- autorise mon enfant à quitter seul l'accueil jeunes : **oui - non**
- autorise les responsables à prendre mon enfant en photo dans le cadre des activités et sorties pour illustrer les actions de l'association sur les différents supports de communication dont le site internet: **oui - non**
- autorise les responsables de l'accueil à prendre, en cas d'urgence, toutes décisions de transport, d'hospitalisation ou d'intervention chirurgicale nécessitées par l'état de

Je m'engage à signaler tous changements concernant les informations portées sur cette fiche d'inscription.

Fait à :, le

Signature

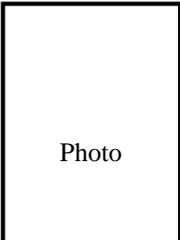


FICHE DE RENSEIGNEMENTS ACCUEIL JEUNE

Nom du jeune

Prénom :

Date naissance



Responsable légal:

Nom prénom :

Adresse :

Code postal..... Commune :

Téléphone domicile: _ / _ / _ / _ / _ portable : _ / _ / _ / _ / _

E-mail :

PERE :

Nom Prénom..... Nom prénom.....

Nom et adresse de l'employeur: Nom et adresse de l'employeur:

.....

☎ Travail: _ / _ / _ / _ / _ ☎ Travail _ / _ / _ / _ / _

Assurances et responsabilités

Je soussigné (e) certifie que mon enfant est couvert par une assurance en responsabilité Civile Individuelle Accident *, couvrant les dommages causés à autrui, y compris pour les activités péri et extrascolaires.

Compagnie d'Assurance:

Numéro de sociétaire:

* *Fournir obligatoirement une attestation d'assurance*

Ressortissant :

CAF Haute Loire N° allocataire Caf:

MSA Haute Loire N° allocataire MSA:

Autre organisme N° allocataire

Fournir obligatoirement une copie de l'attestation de l'organisme MSA ou CAF autres départements que la Haute Loire

Adresse organisme payeur autre que la CAF et MSA: