**Personnes autorisées à venir chercher votre enfant:**

- ……..
- ……..
- ……..

Remarques éventuelles:

……
……
……

Régime alimentaire particulier : ……..……

**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 soit-il un traitement de longue durée: **oui - non**
Votre enfant a-t-il une reconnaissance Handicap : **oui - non**
*Si oui:*
Etes vous bénéficiaire de l'AEEH Allocation d'Education de l'Enfant Handicapé **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,
- autorise mon enfant à quitter seul le centre à la fin des activités: **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 santé de l'enfant. Cette autorisation vaut en cas d'impossibilité de me joindre ou de joindre mon conjoint.

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

Fait à : ……., le ……

Signature

## FICHE DE RENSEIGNEMENTS

**Nom de l'enfant** ……..

**Prénom** : ……

**Date naissance** ……..

## Responsable légal:

Nom prénom : ……..

Adresse :……

Code postal……. Commune :……..

Téléphone domicile: __ /__ /__/ __ /__ Portable : __ /__ /__ /__ /__

E-mail : ……..

**PERE :**
Nom Prénom……
Nom et adresse de l'employeur:
……..
……..
☎Travail: __ /__ /__ /__ /__

**MERE :**
Nom prénom……
Nom et adresse de l'employeur:
……..
……..
☎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: …….

Je vous autorise à consulter mon Qf sur le site internet concerné (CAF ou MSA) Oui ☐

☐ Autre organisme N° allocataire …….

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

**ASSOCIATION BRIN DE FICELLE**
Siège Social et Site de Fontannes : 26 Avenue Henri Veysseyre- 43 100 Fontannes ☎ : 04.71.74.33.94
Site de Lorlanges : Champ Pointu Matalui 43360 Lorlanges ☎ : 04 71 76 97 55
brindeficelle@orange.fr Site internet : www.brindeficelle.fr