



ACCUEIL DE LOISIRS
SIVOS GENOUILLE-St CREPIN
20 rue des forgerons 17430 GENOUILLE
Tél : 05 46 27 72 13

Photo

Email : accueil.loisirsgenouille17@orange.fr

Nom, prénom de l'enfant

Né(e) le :

Adhésion le :

.....

Sexe :

M

F

Ecole :

.....

Enseignant :

.....

Classe :

.....

L'enfant sait-il nager ?

OUI

NON

Piscine autorisée :

OUI

NON

Régime alimentaire :

.....

Date de dernière mise à jour du carnet de santé

.....

Allergies :

.....

Recommandations des parents :

.....

PARENTS DE L'ENFANT

	Mère	Responsable de l'enfant <input type="checkbox"/>	Père	Responsable de l'enfant <input type="checkbox"/>
Nom, Prénom :				
Adresse du domicile :				
Tél. Domicile/Portable :				
Courriel :				
N° Sécurité sociale :				
Catégorie socioprof. :				

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

.....

N° Allocataire C.A.F. :

.....

Régime social :

.....

C.A.F. d'appartenance :

CAF de la Charente Maritime

Autre C.A.F.

.....

Quotient Familial :

.....

Nbre Enfants à charge :

.....

Famille :

Couple

Monoparentale

Accueil

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

Nom de la compagnie :

.....

N°Téléphone

.....

N°Contrat :

.....

J'autorise mon enfant, à rentrer seul à la fin des activités

OUI

NON

Si Non, nom de la ou des personnes susceptibles de venir chercher mon enfant

Nom/Prénom	Lien de parenté	N°Téléphone	Adresse

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

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 l'association à utiliser ces supports pour sa promotion et son information (presse et journaux locaux, nouveau média, affiches...)

OUI

NON

Médecin traitant : Nom :

.....

Téléphone

.....

Adresse :

.....

Fait à

....., le

Signature :