



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 :