



## Fiche de renseignements

(1 seule fiche par famille)

Nom, prénom enfant 1		Né(e) le		Sexe	F ou M
Nom, prénom enfant 2		Né(e) le		Sexe	F ou M
Nom, prénom enfant 3		Né(e) le		Sexe	F ou M
Nom, prénom enfant 4		Né(e) le		Sexe	F ou M

### Père ou tuteur légal :

Nom et prénom : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Tel personnel : \_\_\_\_\_

Tel travail : \_\_\_\_\_

Email : \_\_\_\_\_

### Mère ou tutrice légale :

Nom et prénom : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Tel personnel : \_\_\_\_\_

Tel travail : \_\_\_\_\_

Email : \_\_\_\_\_

**Si parents séparés, qui a la garde des enfants ?** \_\_\_\_\_

**Facture à envoyer à :**  la mère  le père  les deux parents

**N° d'allocataire CAF :** \_\_\_\_\_ ou MSA : \_\_\_\_\_

### **ASSURANCE**

Organisme assureur : \_\_\_\_\_ Types d'assurance : \_\_\_\_\_

N° de police : \_\_\_\_\_

★ Joindre impérativement une attestation d'assurance de votre (vos) enfants.

**PERSONNES MAJEURES A JOINDRE EN CAS D'URGENCE  
OU HABILITEES A RECUPERER L'ENFANT**

NOM	Prénom	Lien de parenté avec l'enfant	N° de téléphone

**AUTORISATIONS**

Je soussigné(e) \_\_\_\_\_, responsable légal(e) de(s) enfant(s)

Autorise mon enfant à participer aux activités proposées	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
Certifie que mon enfant ne présente aucune contre-indication médicale à la pratique d'activités physiques et sportives (dont baignade)	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
Certifie que mon enfant sait nager (joindre attestation du maître-nageur)	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
Autorise tous les déplacements en commun (minibus, voiture particulière, car) dans le cadre des activités	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
Autorise l'utilisation des images (photos, vidéos) sur lesquelles apparaît mon enfant pour un usage de communication (presse, exposition, support de communication...)	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
Autorise mon enfant <b>de plus de 6 ans</b> à quitter seul la structure à la fin du temps d'accueil prévu et décharge les organisateurs de toute responsabilité en cas d'accident survenant avant ou après le départ de l'Accueil de Loisirs	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
Autorise le responsable de l'Accueil ou de l'activité à prendre toutes les mesures rendues nécessaires par l'état de l'enfant sur conseil médical : traitement, hospitalisation, intervention d'urgence	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
Certifie exacts les renseignements portés sur cette fiche et m'engage à informer le responsable de l'accueil de tout changement portant sur les informations inscrites	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>

Fait à \_\_\_\_\_ Le \_\_\_\_\_

Signature du (des) responsable (s) légal (aux) :