

FAMILLE

Coordonnées

	PARENT 1	PARENT 2
Nom :
Prénom :
📍 Adresse :
Commune :
✉ Email :
Situation de famille :
🏠 Domicile :
📞 Portable :
Profession :
Nom employeur :
Adresse :
📞 Travail :

Enfants

Nom - Prénom de l'enfant → Sexe Féminin ou Masculin	<input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M	<input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M	<input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M
Date de naissance			
Ecole fréquentée			
Autorisation d'être pris en photo	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
Autorisation de diffuser des photos au sein de l'accueil de loisirs (panneau, film)	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
Autorisation de diffuser via presse, site internet,...	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
Voyager en car	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
Se baigner	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
De rentrer seul	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON

Coordonnées

N° allocataire CAF :

Quotient Familial CAF :

Nous autorisons la directrice à prendre connaissance de notre quotient familial via l'espace partenaire de la CAF :

OUI NON

Allocataire MSA / N° sécurité sociale :

Urgences

En cas d'urgence, nous pouvons vous joindre par téléphone aux numéros indiqués ci-dessus :

Si nous ne pouvons pas vous joindre, il importe de prévenir les personnes suivantes :

Nom – prénom - lien parenté

 téléphone

Le médecin traitant de la famille est le Dr _____

 Téléphone : _____

Contacs

Personnes autorisées ou interdites à récupérer les enfants

Nom – prénom –lien parenté

 téléphone

Interdit

Règlement intérieur

Nous soussignés Madame Monsieur _____ déclarons avoir pris connaissance et accepté le règlement intérieur de l'Accueil de Loisirs organisé par le Comité Départemental 44 La Plinguetière.

Nous nous engageons à respecter les horaires d'accueil pour amener et récupérer notre enfant.

Nous nous engageons à faire connaître notre changement de situation et coordonnées.

Signature