

REPRESENTANT LEGAL ou FAMILLE D'ACCUEIL

Nom : Prénom :
 Adresse (principale) :
 Code postal : Ville :
 Tél. domicile : Adresse mail :
 Tél. portable père : Tél. portable mère :

SITUATION DE FAMILLE (entourez votre situation) :

Marié – Concubinage – Pacsé – Célibataire – Veuf (ve) – Séparés – divorcés – famille d'accueil

Nombre d'enfants :

Père profession : Tél travail :

Mère profession : Tél travail :

Personnes à contacter d'urgence si parents pas joignables (nom, prénom, tél) :

.....

Numéro d'allocations familiales du responsable de l'enfant : (cochez svp)

CAF 03 n° allocataire : Caf autres : autre régime (lequel ?) :

MSA 03 N° matricule : MSA autre :

Documents à fournir : copie attestation d'assurance périscolaire et extrascolaire, des vaccins, fiche sanitaire, dernier avis d'imposition.

ENFANT(S) :

| Nom | Prénom | Date de naissance | Peut 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 |
| | | /..... /..... | <input type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> non |

ATTESTATIONS PARENTALES : (cocher les cases correspondantes)

- Mon/mes enfant(s) ne présent(nt) pas de contre-indication médicale à la fréquentation d'un accueil de loisirs (vie collective, pratique sportive...)
- J'autorise le responsable de la structure à prendre les mesures nécessaires en cas de besoin de consultation de médecin ou d'hospitalisation
- J'autorise l'utilisation d'image de notre/nos enfant(s) pendant leur journée en ALSH (flyers, site internet, journaux, Facebook...)
- J'autorise mon/mes enfant(s) à prendre le bus ou mini bus pour les différentes sorties organisées
- J'autorise mon/mes enfant(s) à partir avec les personnes suivantes (indiquez le lien de parenté) :

.....

Je déclare exacts les renseignements donnés sur le dossier familial et la fiche sanitaire

Date et signature : le/..... /.....