



Pays de Saverne

COMMUNAUTÉ DE COMMUNES

FICHE INDIVIDUELLE DE RENSEIGNEMENTS

Nom, prénom de l'enfant Né(e) le :

Adhésion le :

Sexe : M F

Ecole : Enseignant : Classe :

Régime alimentaire : Date de dernière mise à jour du carnet de santé :

Allergies :

Recommandations des parents :

.....

PARENTS DE L'ENFANT

	Mère <input type="checkbox"/>	Belle-mère <input type="checkbox"/>	Responsable <input type="checkbox"/>	Père <input type="checkbox"/>	Beau-père <input type="checkbox"/>	Responsable <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 : C.A.F. du Bas-Rhin Autre C.A.F. :

Revenu mensuel (Taux : Nbre Enfants à charge :

Famille : Parentale Monoparentale Recomposée Accueil

NOM ET ADRESSE DES EMPLOYEURS

	Mère	Père
Nom employeur :		
Adresse de l'employeur :		
Téléphone Travail :		

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

Nom de la compagnie : N°Téléphone : N°Contrat :

Nom de la ou des personnes susceptibles de venir chercher mon enfant :

Nom/Prénom	Lien de parenté	N°Téléphone	Adresse

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

J'autorise mon enfant à quitter la structure d'accueil. oui non

si oui:

à la fermeture de la structure pour.....heure

Médecin traitant Nom : Téléphone :

Adresse :

Fait à , le Signature :