

**ANNEE 2019**

Sexe G  F

Nom de l'enfant	
Prénom de l'enfant	
Date de naissance	/ /

**RENSEIGNEMENTS ENFANT**

Type de repas	Normal <input type="checkbox"/>	Sans porc <input type="checkbox"/>	Sans poisson <input type="checkbox"/>	Autre
Allergie(s) Alimentaire(s)				

<b>Assurance</b>	Nom		N° Contrat
	Adresse		
	C Postal	Ville	

L'enfant est autorisé à partir seul de l'accueil	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	L'enfant porte des lunettes	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>
Vous autorisez le service Jeunesse & Sports à utiliser des images ou vidéos où pourrait figurer votre enfant	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	L'enfant peut-il participer aux séances de piscine	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>

<b>Médecin traitant</b>	D <sup>R</sup>	Téléphone Ville
-------------------------	----------------	--------------------

N° Sécurité Sociale dont dépend l'enfant \_\_\_\_\_

**RESPONSABLE LEGAL  / ASSISTANT FAMILIAL  / CENTRE D'ACCUEIL**

Nom	Tél. Domicile	
Prénom	Tél. Portable	
Adresse	Tél. Professionnel	
Code postal & Ville	Email	
Profession	Situation familiale	Célibataire <input type="checkbox"/> Vie maritale <input type="checkbox"/> séparé/divorcé <input type="checkbox"/> Pacsé <input type="checkbox"/> Marié <input type="checkbox"/>
Si vous êtes allocataire CAF	N° allocataire CAF	Quotient Familial
Si vous êtes allocataire MSA	N° allocataire MSA	Quotient Familial
<b>Si vous n'êtes pas allocataire CAF, veuillez présenter votre dernière feuille d'imposition lors de l'inscription</b>		

**PERE**

Nom	Tél. Domicile	
Prénom	Tél. Portable	
Adresse	Tél. Professionnel	
Code postal & Ville	Email	
Profession	Situation familiale	Célibataire <input type="checkbox"/> Vie maritale <input type="checkbox"/> séparé/divorcé <input type="checkbox"/> Pacsé <input type="checkbox"/> Marié <input type="checkbox"/>

**MERE**

Nom	Tél. Domicile	
Prénom	Tél. Portable	
Adresse	Tél. Professionnel	
Code postal & Ville	Email	
Profession	Situation familiale	Célibataire <input type="checkbox"/> Vie maritale <input type="checkbox"/> séparé/divorcé <input type="checkbox"/> Pacsé <input type="checkbox"/> Marié <input type="checkbox"/>

Je soussigné(e) Melle, Mme, Mr

- déclare exacts les renseignements notifiés ci-dessus.
- autorise le service Action Sociale à accéder aux données CAF au travers de l'accès CAFPRO
- autorise les responsables de l'accueil à prendre les dispositions nécessaires concernant l'état de santé de mon enfant.
- autorise mon enfant à participer aux diverses sorties proposées par l'accueil et nécessitant un transport en véhicule ou transport en commun.
- certifie avoir pris connaissance et être en accord avec les termes du règlement intérieur de l'accueil de loisirs.

Fait à

Signature

Le

**ACCUEIL CONCERNE ET PERIODICITE**

<b>ACM et Périodes d'accueil</b>	<b>ACM BEC DE MORTAGNE</b>	DATES :
	<b>ACM BRETTEVILLE DU GRAND CAUX</b>	DATES :
	<b>ACM GODERVILLE</b>	DATES :

---

**PERSONNES HABILITEES A RETIRER L'ENFANT DE L'ACCUEIL**

<b>1</b>	<b>NOM :</b>	
	<b>PRENOM :</b>	
	<b>TELEPHONE :</b>	
<b>2</b>	<b>NOM :</b>	
	<b>PRENOM :</b>	
	<b>TELEPHONE :</b>	
<b>3</b>	<b>NOM :</b>	
	<b>PRENOM :</b>	
	<b>TELEPHONE :</b>	

---

**INFORMATIONS COMPLEMENTAIRES CONCERNANT L'ENFANT**

--