

FICHE DE RENSEIGNEMENT 2025

Vérification de la fiche <input type="checkbox"/>		PERSONNE A PREVENIR EN CAS D'URGENCE autre que les parents avec le numéro de téléphone	
Nom de l'enfant Prénom de l'enfant Adresse Téléphone Date de naissance de l'enfant: Lieu de naissance		Nom..... Tel..... Nom..... Tel.....	
Photo		PERSONNES AUTORISEES A VENIR CHERCHER L'ENFANT autre que les parents	
		Nom..... Tel..... Nom..... Tel.....	
Assurance périscolaire et extrascolaire (joindre la photocopie)		AUTORISATIONS	
Informations OBLIGATOIRES des parents		Je soussigné (nom, prénom) - Père, mère, responsable légal déclare avoir pris connaissance des modalités de fonctionnement et de paiement des activités de l'accueil de loisirs et périscolaire. - Je reconnais avoir été informé de mon intérêt à souscrire un contrat d'assurance couvrant les dommages corporels de mon enfant, des activités auxquelles il participera dans le cadre de l'accueil de loisirs	
Régime allocataire* CAF MSA AUTRES: Nom de l'allocataire: _____ Numéro allocataire _____ Quotient familial: _____ (joindre la copie de l'attestation caf) Caisse: Toulon Autre: _____		A rentrer seul le soir <input type="checkbox"/> Autorise <input type="checkbox"/> N'autorise pas	
Attestation Responsabilité civile (joindre la copie)		J'autorise mon enfant à participer à toutes les activités réglementairement autorisées, et à emprunter les moyens de transports éventuels prévus pour celles-ci (à pied, vélo, véhicule particulier, véhicules de transport en commun...)	
Parents Adresse mail: _____		<input type="checkbox"/> Autorise <input type="checkbox"/> N'autorise pas	
Parent 1 Nom Prénom Adresse (Si différente de l'enfant)..... Portable..... Tel domicile..... Tel professionnel..... Profession..... Adresse employeur..... Situation familiale*: célibataire marié(e) séparé(e) divorcé(e) vie maritale Num Sécurité Sociale:.....		J'autorise le directeur(trice) de l'accueil de loisirs à pratiquer ou à faire pratiquer tout soin, à faire hospitaliser ou faire pratiquer toute intervention médicalement urgente prescrite par un médecin, si l'état de mon enfant le nécessite. <input type="checkbox"/> Autorise <input type="checkbox"/> N'autorise pas	
Parent 2 Nom Prénom Adresse (Si différente de l'enfant)..... Portable..... Tel domicile..... Tel professionnel..... Profession..... Adresse employeur..... Situation familiale*: célibataire marié(e) séparé(e) divorcé(e) vie maritale Num Sécurité Sociale:.....		J'autorise également la prise de photographies et vidéos de mon enfant dans le cadre des activités et à utiliser les clichés pour la valorisation de celles-ci ou pour la communication. <input type="checkbox"/> Autorise <input type="checkbox"/> N'autorise pas	
		RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS pour l'équipe d'animation	
		Je certifie sur l'honneur l'exactitude des renseignements figurant sur cette fiche et déclare avoir pris connaissance du règlement intérieur de la structure et m'engage à le respecter.	
		Fait à _____ Le _____ Signature _____	

(*)Rayer la mention inutile