

| | |
|-----------------------|-------------------------------|
| Nom de l'enfant _____ | Prénom _____ |
| Adresse _____ | Téléphone de la famille _____ |
| _____ | Date de naissance _____ |

Secteur jeunesse à remplir par votre ado

E-mail de l'adolescent _____

Portable de l'adolescent _____

Informations OBLIGATOIRES des parents

Régime allocataire* CAF MSA ou AUTRES

Nom de l'allocataire : _____ N° Allocataire : _____

Caisse : Bourg en Bresse autres Quotient familial si inf. à 810 : _____

Assurance responsabilité civile JOINDRE LA COPIE : _____

Parents E-mail des parents _____

| Mère | Père |
|---|---|
| Civilité _____ | Civilité _____ |
| Nom : _____ | Nom : _____ |
| Prénom : _____ | Prénom : _____ |
| Né(e) le : _____ | Né(e) le : _____ |
| Adresse si différente de l'enfant _____ | Adresse si différente de l'enfant _____ |
| _____ | _____ |
| Téléphone domicile : _____ | Téléphone domicile : _____ |
| Profession : _____ | Profession : _____ |
| Employeur : _____ | Employeur : _____ |
| Téléphone Travail : _____ | Téléphone Travail : _____ |
| Portable : _____ | Portable : _____ |
| Adresse de l'employeur : _____ | Adresse de l'employeur : _____ |
| _____ | _____ |
| Situation familiale* : | Situation familiale* : |
| Célibataire, Divorcée | Célibataire, Divorcée |
| Mariée Séparée | Mariée Séparée |
| Veuve Vie maritale | Veuve Vie maritale |
| E-mail _____ | E-mail _____ |

*Rayer les mentions inutiles

PERSONNE A PREVENIR EN CAS D'URGENCE autre que les parents avec le n° de téléphone.

Tél. : Nom.....

Tél. : Nom.....

Personnes autorisées à venir chercher l'enfant autre que les parents :

Nom, prénom téléphone.

Nom, prénom téléphone

J'autorise mon enfant à partir seul à la fin de chaque journée* : OUI - NON

RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS pour l'équipe d'animation

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.

Autorise N'autorise pas

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...)

Autorise N'autorise pas

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.

Autorise N'autorise pas

J'autorise les organisateurs à photographier ou filmer mon enfant dans le cadre de sa participation à l'accueil de loisirs et accorde l'autorisation de la diffusion de ces photographies sur l'ensemble des publications et supports de communication institutionnels de alfa3a ainsi que Facebook pour une durée indéterminée.

Autorise N'autorise pas

J'autorise la responsable de alfa3a à visionner sur le site CDAP les informations sur mon coefficient familial et d'archiver ces données collectées dans le dossier administratif de mon enfant.

Autorise N'autorise pas

J'autorise l'équipe d'animation à administrer les médicaments de mon enfant sous ma responsabilité et sur présentation de l'ordonnance.

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.

A Le.....

Ajouter la mention " lu et approuvé "

Signature

*Rayer les mentions inutiles