

Informations Enfant

Nom :
Prénom :
date de naissance :

Votre enfant a-t-il un PAI non oui (copie à nous fournir)
 Votre enfant bénéficie-t-il d'une AEHH non oui (copie à nous fournir)

Responsable légal de l'enfant

Conjoint

Nom prénom	Nom prénom
Adresse	Adresse
Tel fixe	Tel fixe
Tel portable	Tel portable
Tel travail	Tel travail
Mail	Mail

Allocataire CAF MSA Autre

N° allocataire

En l'absence du numéro d'allocataire, le tarif le plus élevé sera appliqué

Nous autorisez-vous à consulter CDAP (Consultation du QF sur le site de la CAF)?

N° sécurité sociale

INFORMATIONS DIVERSES

Personnes autorisées à récupérer votre enfant ou à prévenir en cas d'urgence (autres que les parents)

Nom prénom qualité	tel
Nom prénom qualité	tel
Nom prénom qualité	tel

Personnes non autorisées à récupérer votre enfant

Nom prénom
Nom prénom

lieu préférentiel d'hospitalisation (sous réserve de l'avis médical émis par le SAMU)

Hopital Clinique

AUTORISATIONS

	OUI	NON
J'autorise le transport de mon enfant dans un véhicule de la structure		
J'autorise mon enfant à quitter seul l'accueil de loisirs après les activités encadrée		
J'autorise l'accueil de losirs à prendre mon enfant en photo et à s'en servir pour les supports de communication		
Je souhaite recevoir les factures par Mail		
Je souhaite recevoir les informations de la Mjc par Mail		

Je déclare avoir pris connaissance du Règlement Intérieur de l'accueil de loisirs et m'engage à le respecter

le
signature