

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 AEEH non oui (copie à nous fournir)

Responsable légal N°1de l'enfant

Responsable légal N°2 de l'enfant

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 :

Pour les enfants appartenant à la CAF d'un autre département, merci de nous fournir une attestation du quotient familial

En l'absence du numéro d'allocataire et/ou du quotient familial, le tarif le plus élevé sera appliqué

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 loisirs à prendre mon enfant en photo et à s'en servir pour les supports de communication*		
Je souhaite recevoir les factures par Mail*		
*Merci de cocher la case		

Je déclare avoir reçu le règlement intérieur et assure en prendre connaissance le

signature