



Fiche de Renseignements

Photo de l'enfant

Nom et date du séjour :

Nom, prénom de l'enfant Né(e) le :

Famille : Parentale Monoparentale Recomposée Accueil

PARENTS DE L'ENFANT

	Mère <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Responsable <input type="checkbox"/>	Père <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Responsable <input type="checkbox"/>
Nom, Prénom :						
Adresse du domicile :						
Tél. Domicile/Portable :						
Tél. Professionnel :						
Courriel :						
Situation familiale :						
N° Sécurité sociale :						

Personnes à joindre en cas d'urgence (Nom+Téléphone) :

N° Allocataire C.A.F. :
C.A.F. d'appartenance : CAF DU DOUBS MSA de Franche-Comté Autre C.A.F.

Compagnie d'assurance

Nom de la compagnie : N°Téléphone N°Contrat :

Autorisations

Pendant les activités, j'autorise le personnel de l'association à photographier et/ou à filmer mon enfant pour la création de souvenirs et d'archives.

OUI NON

J'autorise l'association à utiliser ces supports pour sa promotion et son information (presse et journaux locaux, nouveau média, affiches...)

OUI NON

L'enfant sait-il nager ? OUI NON Piscine autorisée : OUI NON

Informations complémentaires

Régime alimentaire : Date de dernière mise à jour du carnet de santé

Allergies :

Recommandations des parents :
.....
.....

Fait à , le Signature :