

# Fiche Individuelle de Renseignements

Nom, prénom de l'enfant

Né(e) le :

## **ENFANT**

M  F

Ecole :

..... Enseignant : ..... Classe .....

Repas classique  Repas végétarien  Repas sans porc

L'enfant sait-il nager ?

OUI

NON

Piscine autorisée :

OUI

NON

## **PARENTS DE L'ENFANT**

	Parent 1	Responsable <input type="checkbox"/>	Parent 2	Responsable <input type="checkbox"/>
Nom, Prénom :				
Adresse du domicile :				
Tél. Domicile/Portable :				
Courriel :				
N° Sécurité sociale :				

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

## **FAMILLE**

Famille :

Parentale

Monoparentale

Recomposée

Accueil

N° Allocataire C.A.F. :

.....

C.A.F. d'appartenance :

CAF DE LA MOSELLE

Autre C.A.F. ....

## **NOM ET ADRESSE DES EMPLOYEURS**

	Parent 1	Parent 2
Nom employeur :		
Adresse de l'employeur :		
Téléphone Travail :		

## **PERSONNES AUTORISEES**

J'autorise mon enfant, à rentrer seul à la fin des activités

OUI

NON

Si Non, nom de la ou des personnes susceptibles de venir chercher mon enfant

Nom/Prénom	Lien de parenté	N°Téléphone	Adresse

En aucun cas M, Mme .....est autorisé à venir chercher mon enfant . (copie jugement de divorce)

## **DROITS A L'IMAGE**

Nous soussignons ..... responsable de l'enfant, adhérons gratuitement à l'association ASBH - L'île aux copains en tant que membres usagers (résiliation possible sur demande écrite) et déclarons avoir pris connaissance du règlement intérieur de la structure d'accueil, du projet pédagogique et les approuvons sans aucune restriction.

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 sa communication (presse et journaux locaux, nouveaux médias, affiches, réseaux sociaux...).

OUI

NON

## **ASSURANCE**

Je certifie que mon enfant bénéficie d'une assurance scolaire et extrascolaire

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

**RENSEIGNEMENTS MEDICAUX**

Médecin traitant Nom : ..... Téléphone .....

Adresse : .....

Recommandations des parents : .....

Allergies : .....

**FACTURATION**

En cas d'accident ou incident, j'autorise les responsables de la structure à prendre toutes les mesures nécessaires pour la sécurité, la santé et la moralité de mon enfant.

Fait à ....., le ..... Signature :