

LES FRANCAS DE FONTAIN

15 rue de l'Ecole
25660 FONTAIN

Téléphone : 03 81 57 25 44

Mail : fontain.cdlsifalp@francas-doubs.fr

Nom, prénom de l'enfant : Né(e) le :

Ecole : Enseignant : Classe :

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

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

Allergies :

Recommandations des parents :

PARENTS DE L'ENFANT

	Parent 1 Responsable de l'enfant <input type="checkbox"/>	Parent 2 Responsable de l'enfant <input type="checkbox"/>
Nom, Prénom :		
Adresse du domicile :		
Tél. Domicile/Portable :		
Courriel :		
Situation familiale :		

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

N° Allocataire C.A.F. : Régime social :

C.A.F. d'appartenance : Pas d'organisme de rattachement MSA de Franche-Comté Autre C.A.F.

Famille : Parentale Monoparentale Recomposée Accueil

NOM ET ADRESSE DES EMPLOYEURS

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

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

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 (autre que ses parents)

Nom/Prénom	Lien de parenté	N°Téléphone	Adresse

AUTORISATION PARENTALE :

Ayant pris connaissance des conditions de fonctionnement du centre de loisirs périscolaire, je soussigné(e), responsable légal(e) de l'enfant inscrit :

- * Autorise en cas d'accident ou d'incident, le responsable de la structure à prendre toutes les mesures nécessaires pour la sécurité, la santé et la moralité de mon enfant.
- * Dégage l'association de toute responsabilité en cas de vol ou perte d'objets personnels.
- * Décharge les organisateurs de toute responsabilité pour tout accident qui pourrait survenir après le centre.
- * Autorise mon enfant à participer aux différentes activités et sorties proposées par les organisateurs du centre.

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

Médecin traitant : Nom : Téléphone :

Adresse :

Fait à , le Signature :