



Nom, prénom de l'enfant

Né(e) le :

Adhésion le :

Sexe :

 M F

Ecole :

Enseignant :

L'enfant sait-il nager ?

 OUI NON

Piscine autorisée :

 OUI NON

Régime alimentaire :

Date de dernière mise à jour de la fiche sanitaire

Allergies :

Recommandations des parents :

PARENTS DE L'ENFANT

	Mère	Responsable de l'enfant <input type="checkbox"/>	Père	Responsable de l'enfant <input type="checkbox"/>
Nom, Prénom :				
Adresse du domicile :				
Tél. Domicile/Portable :				
Courriel :				
N° Sécurité sociale :				
Catégorie socioprof. :				

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

N° Allocataire C.A.F. :

Régime social :

C.A.F. d'appartenance :

CAF DE LA MOSELLE Autre C.A.F.

Revenu mensuel

Nbre Enfants à charge :

Famille :

Parentale Monoparentale Recomposée Accueil **NOM ET ADRESSE DES EMPLOYEURS**

	Mère	Père
Nom employeur :		
Adresse de l'employeur :		
Téléphone Travail :		

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

Nom de la compagnie :

N°Téléphone

N°Contrat :

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 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

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

 OUI NON

J'autorise la mairie 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 :