

Nom et prénom de l'enfant : .....

Date de naissance : .....

Sexe :  Garçon  Fille

Père

Mère

Nom et Prénom : .....

Adresse complète : .....

Numéros de téléphone :

Domicile : .....

Travail : .....

Profession : .....

Adresses mail : .....

N° d'assuré Social : .....

Caisse .....

Les allocations familiales sont versées par : CAF (Roanne, St Etienne), MSA, Autre)

Nom de la caisse : .....

Adresse : .....

N° d'allocataire : .....

Quotient familial : .....

PERSONNES AUTORISEES A RECUPERER L'ENFANT EN FIN DE SEANCE ET LIEN DE PARENTE :

PROBLEMES DE SANTE UTILES A CONNAITRE ET REGIME ALIMENTAIRE :

Nom et adresse du médecin de famille : .....

Téléphone : .....

Si l'enfant doit suivre un traitement pendant son séjour, n'oubliez pas de joindre l'ordonnance et les médicaments.

L'enfant est-il autorisé à repartir seul ?

Oui/Non

Autorisez-vous la structure à utiliser les photos de votre enfant (sur des programmes d'animation, des diaporamas, des vidéos, la presse, etc), A L'EXCLUSION D'INTERNET ?

Oui/Non

Autorisez-vous la structure à utiliser les photos de votre enfant sur son site Internet ?

Oui/Non

Autorisez-vous votre enfant à être transporté en voiture particulière (si besoin) ?

Oui/Non

*Je soussigné(e), responsable de l'enfant, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise les responsables du séjour à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitements médicaux ou chirurgicaux) rendues nécessaires par l'état de l'enfant. De plus, je les autorise à faire une sortie simple pour mon enfant.*

J'ai pris connaissance du règlement intérieur

Date et signature des parents :