



Accueil de loisirs
Kastell Canailles

Année 20.. /20..

L'ENFANT :

Nom : ... Prénom : ...
Date de naissance : ___/___/___ Age : ...
Sexe : Fille Garçon
Ecole : ... Classe/ Niveau : ...
Adresse : ...
Ville : ... Code postal : ...

FAMILLE – REPRESENTANTS LEGAUX :

Parent 1 :

Père Mère Autre *représentants légaux* : ...

Nom : ... Prénom : ...

Adresse : ...
(si différente de l'enfant)

Ville : ... Code postal : ...

Portable : ...

Mail : ...

Tel (domicile) : ...

Tel (travail) : ...

Employeurs : ...

N° sécurité sociale : ...

Parent 2 :

Père Mère Autre *représentants légaux* : ...

Nom : ... Prénom : ...

Adresse : ...
(si différente de l'enfant)

Ville : ... Code postal : ...

Portable : ...

Mail : ...

Tel (domicile) : ...

Tel (travail) : ...

Employeurs : ...

N° sécurité sociale : ...

RENSEIGNEMENTS relatif à l'accueil de l'enfant et Autorisations :

- **Régime Alimentaire** : Aucun Sans viande Sans porc
- **Recommandation des parents** : Oui Non
Si oui lesquelles :
Port de lunette, appareil dentaire ou auditif etc...
- **Autorisation de publication** : Oui Non
A l'occasion de sorties ou d'activités pédagogiques, il se peut que mon enfant soit photographié pour publication dans un journal, une brochure, une note d'information, je donne autorisation pour ces prises de photos et ces publications.
- **Autorisation à quitter les services seuls** : Oui Non
Je donne autorisation à mon enfant de quitter seul les services périscolaires et/ou l'accueil de loisirs. Une confirmation écrite du parent est demandée en précisant les jours et heures précises des départs.
- **Autorisation de transport** : Oui Non

L'accueil possède des véhicules de transports (voiture, minibus...). J'autorise l'accueil à les utiliser pour se rendre aux activités avec mon enfant.

➤ **Autorisation activité sportive** : Oui Non

J'autorise mon enfant à participer à toutes les activités sportives de l'accueil et atteste qu'il n'y a aucune contre-indication médicale

➤ **Autorisation d'hospitalisation** : Oui Non

J'autorise les responsables des accueils à prendre sur avis médical en cas d'accident, toutes mesures d'urgences, tant médicales que chirurgicale et hospitalisation.

➤ **Autorisation tiers personne** :

J'autorise les personnes citées ci-dessous à amener ou récupérer mon enfant et/ou à être appelé en cas d'urgences si les responsables légaux ne sont pas joignables. Ces personnes seront munies d'une carte d'identité.

Nom /Prénom	Lien de parenté	Amener/Récupérer	Etre appelé	Téléphone
		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	

RENSEIGNEMENTS relatif à la facturation

Caisse d'allocation familiale de : ...

MSA Autre : ...

Numéro d'allocataire : ...

Quotient familial (Avis d'imposition à fournir): ...

Attention, sans présentation d'avis d'imposition, Le quotient d'imposition ne pourra pas être calculé et en conséquent le tarif le plus élevé sera appliqué.

Pièces à fournir

Fiche de renseignement de l'enfant signée

Fiche sanitaire

L'avis d'imposition N-1

Une copie du carnet de santé de l'enfant

Attestation CAF ou MSA

Justificatif de domicile

Assurance de responsabilité civile

Je soussigné(e) *Nom/prénom* :responsable légal de
l'enfant : *Nom/prénom*.....

✓ Reconnais avoir pris connaissance du règlement intérieur et m'engage à le respecter.

✓ déclare exact les renseignements portés sur cette fiche et m'engage à les réactualiser si nécessaire via le portail famille.

Date :

Signature