

BAIGNADE : SAIT NAGER Joindre le certificat NE SAIT PAS NAGER

MÉDECIN TRAITANT :

NOM : _____ Tél : _____
NUMÉRO DE SÉCURITÉ SOCIALE Joindre l'attestation de droits de la sécu. : _____

RESPONSABLE DE L'ENFANT :

SITUATION FAMILIALE : Marié Pacsé/Concubinage Divorcé Célibataire Autres : _____

Responsable N °1 : NOM : _____ PRÉNOM : _____ Né(e) : _____

ADRESSE : _____
TEL DOMICILE : _____ TEL PORTABLE : _____ TEL TRAVAIL : _____
PROFESSION : _____

Responsable N °2 : NOM : _____ PRÉNOM : _____ Né(e) : _____

ADRESSE : _____
TEL DOMICILE : _____ TEL PORTABLE : _____ TEL TRAVAIL : _____
PROFESSION : _____

COURRIEL (obligatoire) : _____@_____

RÉGIME ALLOCATAIRE (obligatoire) : CAF MSA AUTRES _____ (préciser)

N° ALLOCATAIRE : _____

QUOTIENT FAMILIAL : _____ €

LES PERSONNES À PRÉVENIR EN CAS D'URGENCE ET/OU AUTORISÉES À VENIR CHERCHER MON ENFANT :

Nom	Prénom	Téléphone	À prévenir en cas d'urgence ¹	Autorisé à venir chercher mon enfant ⁱ

Je soussigné(e),responsable légal de l'enfant, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise l'équipe d'animation à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de l'enfant, ceci suivant les prescriptions d'un médecin et/ou un service d'urgence seuls habilités à définir l'hôpital de secteur.

AUTORISATIONS PARENTALES :

Je soussigné(e) **Nom – Prénom** : _____ représentant légal de l'enfant :

Autorise mon enfant (à participer aux sorties organisées dans la cadre de l'accueil de loisirs et utiliser le transport prévu (à pied, en car, minibus, bus...))

Autorise l'équipe encadrante à prendre toutes les mesures nécessaires en cas d'urgence (médecin, SAMU, hospitalisation...).

Autorise l'équipe encadrante à donner les médicaments prescrits par le médecin - *ordonnance à fournir obligatoirement*

Autorise l'équipe encadrante à filmer, enregistrer ou photographier mon enfant pour utilisation sur les différents supports de communication de l'association du Centre SocioCultuel du Cerizéen (site internet, presse, réseaux sociaux). En aucun cas la diffusion de ces images ne sera liée à un but commercial.

Autorise mon enfant à quitter l'accueil de loisirs, seul à partir de : ____ H ____

*Je soussigné(e) **Nom – Prénom** : _____ déclare adhérer au Centre SocioCultuel du Cerizéen et accepter le règlement intérieur de l'accueil de loisirs. Je m'acquitte à ce jour de ma cotisation d'un montant de 15 € (adhésion familiale) pour l'année scolaire 2024/2025.*

Fait à Cerizay, le : _____

Signature du responsable légal

<p>DOCUMENTS OBLIGATOIRES À FOURNIR AU DOSSIER</p> <p><input type="checkbox"/> Copie des vaccins <input type="checkbox"/> Attestation d'assurance responsabilité civile <input type="checkbox"/> Attestation de droits de la sécu ou CMU</p>

ⁱ Cocher la ou les case(s) souhaitée(s)