

ADHESION : 9,00 € FAMILIALE
 payée le :
 Par :

GROUPE :

ACC. SCOLAIRE : OUI NON

VACANCES : OUI NON

MERCREDIS : OUI NON



FICHE DE RENSEIGNEMENTS ENFANCE ANNEE 2016/2017

Enfant :

NOM : Prénom :

Adresse :

Date de naissance : Lieu :

Nationalité : Sexe de l'enfant : garçon fille

Classe : École fréquentée :

Téléphone : Portable :

Remarques particulières : port de lunettes, de « diabolos », traitement continu, régime alimentaire particulier (sans porc ou autre), allergies, autres :

Parent 1 :

NOM :
 Prénom :
 Date de naissance :
 Téléphone :
 Portable :
 Adresse Email :
 Adresse :

Parent 2 :

NOM :
 Prénom :
 Date de naissance :
 Téléphone :
 Portable :
 Adresse Email :
 Adresse :

URGENCES

Personnes à joindre :

NOM : Prénom :

Téléphone :

NOM : Prénom :

Téléphone :

Êtes-vous un nouvel habitant du quartier ?

Documents à fournir :

Vaccination à jour (photocopies du carnet de santé ou certificat médical)

Dans le cadre d'un traitement médical fournir la photocopie de l'ordonnance

Attestation de sécurité social ou CMU du tuteur ou responsable légal de l'enfant

Quotient familial CAF

Test d'aisance aquatique (obligatoire pour les activités nautiques)

AUTORISATIONS PARENTALES

J'autorise l'enfant à participer aux différentes activités de l'accueil de loisirs y compris les activités nautiques (voile etc.)

OUI

NON

J'autorise la publication de photographies, vidéos et renseignements pris lors d'activités pédagogiques (cette autorisation est valable pour l'édition de documents de nature pédagogique, pour des expositions relatives aux accueils de loisirs ou nos séjours, pour la publication sur le site Internet et facebook de l'association).

OUI

NON

Le centre socioculturel HORIZONS vous conseille d'accompagner votre enfant lors de tous ses déplacements (exemple : accompagnement scolaire, retour à domicile), ou de le faire accompagner par une personne de confiance (de plus de 14 ans).

J'autorise l'enfant à rentrer seul à mon domicile.
- Accompagnement scolaire - Accueil de loisirs 6/12 ans

OUI

NON

Autorisés à venir chercher l'enfant

NOM : Prénom :

Téléphone :

NOM : Prénom :

Téléphone :

NOM : Prénom :

Téléphone :

NOM : Prénom :

Téléphone :

Je soussigné(e),..... responsable légal de l'enfant, après avoir pris connaissance du fonctionnement du centre de loisirs, déclare exacte les renseignements portés ci-dessus et autorise les responsables de la structure à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitement médicaux, hospitalisation, interventions chirurgicales) rendu nécessaire par l'état de l'enfant. A cette fin, je m'engage à rembourser les honoraires médicaux, les frais annexes et pharmaceutiques avancés par le centre socioculturel.

Fait à Brest, le.....

Signature du responsable légal :