

ANNEE 2019

Accueil de Loisirs Municipal des 3 – 11 ans

Fiche de renseignements ^{(1) (2)}

Première inscription

Renouvellement

(1) A retourner en Mairie avant toute présence aux activités.

(2) En cas de changement de situation, veuillez nous contacter pour mettre à jour votre fiche de renseignements.

| COORDONNEES DES PARENTS | | | |
|--------------------------|-------------------------------|-------------------------------|----------------------------------|
| MÈRE | | PÈRE | |
| NOM : | | NOM : | |
| Prénom : | | Prénom : | |
| Adresse : | | Adresse : | |
| C.P. : | | C.P. : | |
| Ville : | | Ville : | |
| Téléphone : | | Téléphone : | |
| E-Mail | | E-Mail | |
| Profession | | Profession | |
| Nom et Adresse Employeur | | Nom et Adresse Employeur | |
| | | | |
| | | | |
| Identité du Payeur : | <input type="checkbox"/> Mère | <input type="checkbox"/> Père | <input type="checkbox"/> Parents |

| ENFANT (S) | | | |
|---------------------------|--|---------------------------|--|
| NOM : | | NOM : | |
| Prénom : | | Prénom : | |
| Date de naissance : | | Date de naissance : | |
| NOM : | | NOM : | |
| Prénom : | | Prénom : | |
| Date de naissance : | | Date de naissance : | |

| RENSEIGNEMENTS ADMINISTRATIFS | | | |
|--|-------------------------------|---------------|---------------------|
| A quelle caisse d'Allocations êtes-vous affilié ? <i>Rayer les mentions inutiles</i> | | | |
| CAF 85 | MSA 85 | CNAFPM Marine | AUTRES (à préciser) |
| | | | |
| Sous quel numéro? | | | |
| <input type="checkbox"/> | Père : N° Allocataire : | | |
| <input type="checkbox"/> | Mère : N° Allocataire : | | |
| <input type="checkbox"/> | Autres (à préciser) : | | |
| Joindre obligatoirement une notification de votre Quotient Familial | | | |
| A défaut de ce justificatif, le tarif le plus élevé sera pratiqué !!! | | | |

RENSEIGNEMENTS SANITAIRES

Indiquer ici les difficultés de santé de votre enfant et vos recommandations :

.....
.....

Si en cas d'accident ou de maladie, je suis absent, prévenir :

Nom :

Adresse :

Lien (Famille, voisin, ami ...)

Tél domicile

Portable.....

Tél Travail.....

AUTORISATION PARENTALE

Mme et/ou M.

AUTORISE(NT)

Mme et/ou M.....

Adresse :

Téléphone :

Lien de parenté avec l'(es) enfant(s) (facultatif) :

à prendre en charge mon(es) enfant(s) à l'Accueil de Loisirs.

DECLARATION du TITULAIRE de l'AUTORITE PARENTALE

Je soussigné (e) Monsieur-Madame

Responsable légal de l'enfant

- autorise mon enfant à participer aux sorties extra accueil de loisirs
 OUI NON
- autorise mon enfant à participer aux activités baignade (plage ou piscine) et sportives
 OUI NON
- autorise la Mairie à utiliser CAF PRO (consultation électronique du quotient familial par nos agents accrédités)
 OUI NON
- autorise les organisateurs à prendre toutes les mesures nécessaires en cas d'urgence médicale : médecin, hospitalisation, interventions chirurgicales
 OUI NON
- CONCEDE LE DROIT A L'IMAGE DE MON ENFANT
autorise les organisateurs à prendre les photos, des films de mon enfant dans le cadre de l'accueil de loisirs,
autorise à les publier (presse, édition papier, site internet, tout support de communication), à des fins non commerciales et d'information
 OUI NON
- Certifie avoir pris connaissance du règlement intérieur de l'accueil de loisirs et m'engage à le respecter OUI NON

CHOIX DU MODE DE PAIEMENT

Prélèvement automatique

(fournir un RIB et compléter la demande d'autorisation si nouvelle demande)

Chèque bancaire libellé à l'ordre du Trésor Public et à adresser **directement au Centre des Finances Publiques indiqué sur le talon de paiement** en bas de votre facture.

A, le

Signatures des parents ou du représentant légal