

A	B	C	D	E	F	G	H	I	J	K	L	M	N	O	P	Q	R	S	T	U	V	X	Z
																					W	Y	

C.	Q.F.	Aides	Tarifs		Hors Bayonne	RENSEIGNEMENTS
			Semaine	Journée		

Nom de l'établissement : _____ Classe : _____

Nom de l'enfant : _____ Date de naissance

J	M	A
---	---	---

Prénom : _____ Sexe : F M

	Père ou représentant légal	Mère
Nom	_____	_____
Prénom	_____	_____
Adresse	_____	_____
Téléphone domicile	_____	_____
Téléphone portable	_____	_____
Téléphone travail	_____	_____
Profession	_____	_____
Nom de l'employeur	_____	_____
Nombre d'enfants à charge	_____	_____

TRANSPORT EN CAR <i>Sauf avis contraire, mon enfant montera, le matin à l'arrêt de : _____</i>	Nom de l'allocataire CAF : _____
	N° Allocataire CAF : _____ <small>L'association sera amenée à consulter "Mon compte Partenaires de la CAF" pour le montant du quotient familial.</small>

AIDES DIVERSES		
de : _____ <i>descendra le soir à l'arrêt</i>	Aide aux temps libres de la CAF.....	OUI NON
de : _____	Aide d'un Comité d'Etablissement, autres caisses (à préciser)	OUI NON

Adresse mail active en majuscules
.....@.....

**PATRONAGE LAÏQUE
DES PETITS BAYONNAIS**

ACCUEIL DE LOISIRS

FICHE DE RENSEIGNEMENTS

Je soussigné _____ père, mère ou tuteur, déclare inscrire mon enfant à l'accueil de loisirs de _____

- J'autorise l'association à utiliser, à des fins non commerciales, toute image réalisée lors des activités, y compris sur le site internet (www.plpb.fr) + groupe facebook fermé "Familles Arrousets"
- Je déclare avoir pris connaissance du règlement intérieur.
- Je certifie exacts les renseignements portés sur cette fiche et je m'engage à signaler tout changement d'adresse, n° de téléphone, école.

Renseignements Sanitaires

Vaccination à jour ___ oui non (copie de tous les vaccins)

Autorisez-vous votre enfant à se baigner ? _____ oui non

Sait-il nager ? _____ oui non

Signalez ici toutes dispositions particulières concernant votre enfant :

Votre enfant bénéficie-t-il de l'AAEH (allocation d'éducation enfant handicapé) ?... oui non

Toute allergie ou régime alimentaire particulier doit être justifié par un certificat médical ou un P.A.I.

Difficultés de santé de l'enfant et précautions à respecter.

Responsabilité

L'enfant est assuré gratuitement pendant les activités, les transports et les garderies organisés par le Centre.

Déclaration médicale

J'autorise la Direction de l'accueil de loisirs à s'adresser directement, en cas d'urgence, au médecin ou aux services d'urgences compétents.

Personne à prévenir en cas d'urgence si impossibilité de joindre les parents (obligatoire) :

Nom : _____ Tél. _____

A _____ le _____ Signature :

Cette fiche ne doit en aucun cas être pliée