

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).
- 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 D.T.P. ___ oui non

Date 1^{ère} injection ___ / ___ / ___ Date du dernier rappel ___ / ___ / ___

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

Sait-il nager ? _____ oui non

Signalez ici toutes dispositions particulières concernant votre enfant :

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

Responsabilité

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

Déclaration médicale

J'autorise le Directeur 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

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

C.	Q.F.	Aides	Tarifs	
			Semaine	Journée

RENSEIGNEMENTS

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

Sauf avis contraire, mon enfant montera, le matin à l'arrêt

de : _____

descendra le soir à l'arrêt

de : _____

Nom de l'allocataire CAF : _____	
N° Allocataire CAF : _____	
L'association sera amenée à consulter "Mon compte Partenaires de la CAF" pour le montant du quotient familial.	

AIDES DIVERSES

Aide aux temps libres de la CAF..... OUI NON

Aide d'un Comité d'Etablissement, autres caisses (à préciser) OUI NON

Adresse mail active en majuscules

..... @