

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 Semaine   Journée		Hors Bayonne	<b>RENSEIGNEMENTS</b>

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	_____	_____

<b>TRANSPORT EN CAR</b> <i>Sauf avis contraire, mon enfant montera, le matin à l'arrêt</i> 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.

<i>descendra le soir à l'arrêt</i> de : _____	<b>AIDES DIVERSES</b>		
	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  
.....@.....

## 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).
- 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<sup>ère</sup> 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