 

Fiche de renseignements

Accueil périscolaire, Accueil de loisirs

**Nom et prénom de l’enfant : .............. ..............**

Date de naissance : ..............

Sexe : ..............

Classe : ..............

**N° Allocataire CAF ou MSA : .................................**

J’autorise la consultation et la conservation des données issues du site professionnel de la CAF : OUI/NON

Votre enfant est-il reconnu à la Maison Départementale des Personnes Handicapés (MDPH) : OUI/NON

**\***Autorisation pour le déplacement de mon enfant en car : OUI/NON

**\***Autorisation de prise et de diffusion de photographie(s) dans les locaux : OUI/NON

**\***Autorisation de diffusion de photos et de vidéos sur le site internet : OUI/NON

**\***Autorisation de diffusion de photos dans la presse : OUI/NON

|  |  |
| --- | --- |
| Personnes à prévenir en cas d’accident + le N° téléphone | Personnes habilitées à récupérer l’enfant + le N° téléphone |
| .............. | .............. |
| .............. | .............. |
| .............. | .............. |
| .............. | .............. |

**Nom du responsable :**  **.............. ..............** **Prénom du responsable :**  **..............**

Email : ..............

Adresse : .............. ..............

Ville : .............. ..............

Tél. Domicile : .............. Tél. Professionnel : .............. Tél. Portable : ..............

Sous tutelle financière : .............. Organisme de tutelle : ..............

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**PERE : Nom : .............. Prénom : ..............**

Email : ..............

Adresse : .............. ..............

Ville : .............. ..............

Tél. Domicile : .............. Tél. Professionnel : .............. Tél. Portable : ..............

Employeur : ..............

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**MERE : Nom : .............. Prénom : ..............**

Email : ..............

Adresse : .............. ..............

Ville : .............. ..............

Tél. Domicile : .............. Tél. Professionnel : .............. Tél. Portable : ..............

Employeur : ..............

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nom et n° contrat assurance, responsabilité civile :……………………………………………………………………..

Observations : ..............

Je soussigné(e) ………………………………………………. déclare exacts les renseignements notifiés ci-dessus.

Fait à ……………………………………….., le : ……/……/……... Signature :

|  |
| --- |
|  |