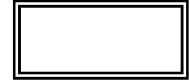


Fiche d'Inscription



Accueil de Loisirs

Accompagnement à la scolarité

ANNEE : /

ENFANT

NOM : Prénom

Date de naissance : Sexe : F - G

Classe suivie Ecole fréquentée :

Sait-il nager : Oui Non - **Particularité Alimentaire** : Sans porc Sans viande Sans régime

PARENTS

PERE

NOM :

Prénom :

Profession :

Employeur :

Situation familiale : Marié Pacsé Célibataire
 Vie Maritale Séparé Divorcé Veuf

Date de naissance :

N°S.S :

Adresse :

Code postal : Ville :

Tél. Domicile :

Portable :

Tél. Travail :

Mail :

Numéro CAF : QF.....

MERE

NOM :

Prénom :

Profession :

Employeur :

Situation familiale : Mariée Pacsée Célibataire
 Vie Maritale Séparée Divorcée Veuve

Date de naissance :

N°S.S :

Adresse :

Code postal : Ville :

Tél. Domicile :

Portable :

Tél. Travail :

Mail :

Numéro CAF : QF.....

Autorité parentale conjointe - * Autorité parentale exclusive Père Mère - Famille d'accueil

*** Fournir OBLIGATOIREMENT le jugement stipulant lequel des 2 parents a l'autorité exclusive.**

Personne à prévenir en cas **d'absence des parents** :

Tél. :

AUTORISATION

Je soussigné (e)

* Autorise mon enfant à participer aux sorties et à toutes les activités proposées par le Centre Social Mosaïque (périodes scolaires / vacances scolaires)

* Autorise la Direction du Centre Social Mosaïque ou les accompagnateurs responsables à prendre toutes les mesures qu'ils jugeront utiles en cas d'accident ou d'incident survenant sur la personne de mon enfant.

* Autorise l'utilisation de **CAFPRO** afin d'accéder aux ressources à prendre en compte pour le calcul des tarifs.

* Autorise mon fils / ma fille à rentrer seul(e) après les activités : OUI NON

* Autorise la Direction du Centre de Loisirs du Centre Social Mosaïque ou l'animateur responsable du groupe à administrer à mon enfant,

- Les médicaments prescrits par le médecin traitant (seulement sur ordonnance)
- Un analgésique (type Doliprane) en cas de fièvre (+ de 38,5°)
- **Poids de l'enfant : Kg**

* Autorise de photographeur mon enfant : OUI NON

En aucun cas, le Centre social Mosaïque ne pourra utiliser ces photographies dans un but commercial (Ces dites photographies ne pourront être données, vendues ou transmises à aucune autre personne physique ou morale que ce soit).

* Autorise les personnes suivantes à venir chercher mon enfant :

NOM – Prénom : Tél. :

NOM – Prénom : Tél. :

NOM – Prénom : Tél. :

NOM – Prénom : Tél. :

NOM – Prénom : Tél. :

Date

Signature

REGLEMENT INTERIEUR

Je certifie avoir reçu le règlement intérieur du Centre de Loisirs du Centre Social Mosaïque ... / ... et l'accepter dans son intégralité.

Date

Signature

PERSONNES INTERDITES POUR VENIR CHERCHER MON ENFANT (jugement)

NOM – Prénom :

Signature