



Nom de l'enfant	Prénom de l'enfant	Date de naissance	Lieu de naissance	Sexe	École	Classe 2020/2021

Renseignements sur les parents:

Régime social: Régime général (CAF) Numéro d'allocataire:
Régime agricole (MSA) Numéro d'allocataire:

Mère :

Nom et Prénom:

Adresse:

Code postal et Ville:

N° Domicile : N° Portable :

Profession : N° Professionnel :

Père :

Nom et Prénom:

Adresse:

Code postal et Ville:

N° Domicile : N° Portable :

Profession: N° Professionnel :

Adresse(s) Mail : réception fiche de réservation mensuelle, planning activités et toutes informations de l'association Les Aventur'Riez

.....@.....

Dans le cas de parents séparés : veuillez nous indiquer à qui adresser la facture :

Père Ou Mère

Si deux facturations différentes merci de fournir vos plannings à la direction

Personnes à contacter en cas d'urgence: (si parents/responsables légaux injoignables)

Nom et Prénom	Qualité (Grands-parents, ami(e)...)	Numéro Téléphone
1		
2		

Personnes autorisées à venir chercher votre (ou vos) enfant(s):

Nom et Prénom	Qualité (Grands-parents, ami(e)...)	Numéro Téléphone
1		
2		

AUTORISATIONS:

Je soussigné(e)

- Déclare que mon (ou mes) enfant(s) peuvent participer et pratiquer toutes les activités physiques et sportives, pour lesquels l'enfant est inscrit:

OUI NON

- Autorise le personnel de l'association à transporter mon (ou mes) enfant(s) à toutes les sorties ou séjours pour lesquels l'enfant est inscrit :

OUI NON

- Autorise l'association à prendre mon (ou mes) enfant(s) en photographie dans le cadre de la communication interne et externe (**site internet, affiches, activités manuelles, sorties, page Facebook Les Aventur'Riez**) :

OUI NON

- **Atteste avoir lu et accepté le Règlement Intérieur** de l'accueil de loisirs (*document en annexe*)

- Autorise la direction à consulter mon quotient familial via le service CAF PRO

Documents à fournir :

- ✓ **FICHE SANITAIRE pour chaque enfant**
- ✓ **Les photocopies des vaccins de votre ou de vos enfants**
- ✓ **Votre attestation de quotient familial (en l'absence de ce document, le tarif le plus élevé sera appliqué)**
- ✓ **Attestation d'assurance scolaire**

Décharge de responsabilité:

Je soussigné,, responsable de l'enfant
déclare exact tous les renseignements portés sur cette fiche et autorise le responsable du centre à prendre, le cas échéant, toutes les mesures et dispositions (transport, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de santé de mon enfant.

Fait àle.....

Signature :