

## Fiche administrative 2025



Nom et prénom de l'enfant : .....

Sexe : .....

Date de naissance : .....

Ecole : .....

### AUTORISATIONS

Autorisation de rentrer seul : .....

Autorisation de photographier et filmer : .....

*Cette autorisation vaut pour la diffusion sur notre site Internet et dans la presse*

Autorisation de se baigner : .....

Autorisation de transport en véhicule (médecin) : .....

Personne à prévenir en cas d'accident (autre que responsables)			Personne habilitées à récupérer l'enfant (autre que responsables)		
Nom Prénom	Qualité	Téléphone	Nom Prénom	Qualité	Téléphone

### INFORMATIONS MEDICALES

Médecin traitant : .....

Autorisation d'intervention médicale : .....

Lieu d'hospitalisation : .....

Votre enfant a-t-il une reconnaissance MDPH ou est-il en cours de reconnaissance ? OUI NON

(Dans le cas d'une réponse positive, nous prendrons rendez-vous avec vous afin d'adapter au mieux l'accueil de votre enfant)

### RENSEIGNEMENTS FAMILIAUX

**RESPONSABLE** - Qualité  Père  Mère  Assistant(e) Familial (e)

Nom : ..... Prénom : ..... Né(e) le : .....

Adresse : .....

Ville : .....

Tél. Domicile : .....

Tél. Professionnel : .....

Tél. Portable : .....

Employeur : ..... Profession : .....

Email : .....

*Je souhaite recevoir par mail les informations relatives au fonctionnement de l'Association : OUI NON*

Régime : Général / MSA\* N allocataire CAF/ MSA\* : ..... Quotient : .....

*\*Rayer la mention inutile*

*J'autorise le personnel de l'Association habilité par la CAF à consulter mon quotient familial pour la facturation : OUI NON*

**CO - RESPONSABLE** - Qualité  Père  Mère  Assistant(e) Familial (e)

Nom : ..... Prénom : ..... Né(e) le : .....

Adresse : .....

Ville : .....

Tél. Domicile : .....

Tél. Professionnel : .....

Tél. Portable : .....

Employeur : ..... Profession : .....

**- J'atteste avoir vérifié que mon assurance responsabilité civile couvre mon enfant pour les activités proposées à l'Accueil de Loisirs. Et j'atteste être informé de l'intérêt d'avoir une assurance responsabilité civile complémentaire (type assurance extra-scolaire) pour que mon enfant soit correctement couvert pour les dommages qu'il pourrait causer et/ou auxquels il pourrait être exposés au cours des activités.**

**- Je déclare avoir lu le règlement intérieur et l'accepter dans sa totalité.**

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

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