

FAMILLES RURALES Association de Loisy sur Marne
FICHE DE RENSEIGNEMENTS CENTRE DE LOISIRS

Période concernée

Enfants inscrits

Nom	Prénom	Date de naissance	Classe fréquentée

Responsables légaux des enfants

Monsieur :	Madame :
Adresse :	Adresse :
Tél. domicile :	Tél. domicile :
Portable :	Portable :
Mail :	Mail :
Nom et adresse de l'employeur :	Nom et adresse de l'employeur :
Tél. professionnel :	Tél. professionnel :

Régime sous lequel les enfants sont inscrits

N° de sécurité sociale :

Ressortissant CAF

N° d'Immatriculation :CAF de :Quotient familial :

Ressortissant MSA

N° d'Immatriculation :MSA de :Quotient familial :

AUTORISATION DE SORTIE :

Je soussigné (e) :responsable des enfants accepte que :

mon enfant quitte le lieu d'activités seul oui non

mon enfant quitte le lieu d'activités seul oui non

mon enfant quitte le lieu d'activités seul oui non

Si **NON**, nom des personnes (+ téléphone) autorisées à reprendre les enfants :

-

-

AUTORISATION A L'IMAGE :

Autorise l'association à photographier mon enfant dans le cadre des activités pédagogiques proposées et à les intégrer sur le site de l'association.

AUTORISATION D'ACTIVITÉS :

Autorise mon enfant à participer à l'ensemble des activités proposées dans le cadre du projet pédagogique.

Transport en bus BARDY	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
Transport voiture individuelle (co-voiturage)	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
Transport en minibus de la Villa Beausoleil au centre de loisirs	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
Mini camp	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
Baignade	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
Pour information : mes enfants savent nager	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
.....	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
.....	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non

AUTORISATION MÉDICALE :

En cas d'accident, les responsables s'engagent à nous avertir immédiatement :

Nom et prénom : Tél. :

Nous autorisons les responsables de l'activité à présenter nos enfants à un médecin en cas de soin à donner d'urgence et si nécessaire sous anesthésie. Nous nous engageons à rembourser les frais médicaux, chirurgicaux et pharmaceutiques éventuels.

De préférence le Docteur

L'enfant accidenté ou malade est orienté et transporté par les services de secours d'urgence vers l'hôpital le mieux adapté.

Si vous souhaitez transmettre des informations confidentielles, vous pouvez le faire sous enveloppe fermée avec la fiche sanitaire de liaison.

Fait le à

SIGNATURES DES RESPONSABLES LÉGAUX

Précédé de « LU ET APPROUVE »

Père

Mère