

DOSSIER D'INSCRIPTION

Nom, prénom de l'enfant Né(e) le :

Ecole : Enseignant : Classe :

Régime alimentaire : Date de dernière mise à jour du carnet de santé

Allergies :

PARENTS DE L'ENFANT

	Mère <input type="checkbox"/> Belle-mère <input type="checkbox"/> Responsable <input type="checkbox"/>	Père <input type="checkbox"/> Beau-père <input type="checkbox"/> Responsable <input type="checkbox"/>
Nom, Prénom :		
Adresse du domicile :		
Tél. Domicile/Portable :		
Courriel :		
N° Sécurité sociale :		

Personnes à joindre en cas d'urgence (Nom+Téléphone) :

N° Allocataire C.A.F. : Régime social :

C.A.F. d'appartenance : CAF du Haut Rhin Autre C.A.F.

Revenu imposable

Joindre copie des feuilles d'imposition de la famille

Famille : Parentale Monoparentale Recomposée Accueil

NOM ET ADRESSE DES EMPLOYEURS

	Mère	Père
Nom employeur :		
Adresse de l'employeur :		
Téléphone Travail :		

Je certifie que mon enfant bénéficie d'une assurance scolaire et extrascolaire

Nom de la compagnie : N°Téléphone N°Contrat :

J'autorise mon enfant, à rentrer seul à la fin des activités OUI NON

Si Non, nom de la ou des personnes susceptibles de venir chercher mon enfant

Nom/Prénom	Lien de parenté	N°Téléphone	Adresse

L'enfant ne doit jamais être confié à :

En cas d'accident ou incident, j'autorise les responsables de la structure à prendre toutes les mesures nécessaires pour la sécurité, la santé et la moralité de mon enfant

Pendant les activités, j'autorise le personnel de l'association à photographier et/ou à filmer mon enfant pour la création de souvenirs et d'archives.

OUI NON

J'autorise l'association à utiliser ces supports pour sa promotion et son information (presse et journaux locaux, nouveau média, affiches...)

OUI NON

Médecin traitant : Nom : Téléphone

Adresse :

Fait à, le Signature :