



Fiche Individuelle de Renseignements

ASSOCIATION LA CLEF - ACCUEIL JEUNES



NOM et PRENOM

Adhésion le :

L'enfant sait-il nager ?

Régime alimentaire :

Allergies :

Recommandations des parents :

N° Allocataire C.A.F. :

C.A.F. d'appartenance :

Né(e) le :

Sexe :

M

☐

F

☐

Numéro de carte :

OUI ☐

NON ☐

Piscine autorisée :

OUI ☐

NON ☐

Date de dernière mise à jour du carnet de santé

Régime social :

MSA ☐

Autre C.A.F.

Compagnie d'assurance : N° de contrat : Tél.:

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

Famille :

Parentale

☐

Monoparentale

☐

Recomposée

☐

Accueil

☐

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 :						

NOM ET ADRESSE DES EMPLOYEURS

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

J'autorise les personnes ci-dessous à venir chercher mon enfant :

Nom/Prénom	Lien de parenté	N°Téléphone	Adresse

Médecin traitant : Nom : Téléphone

Adresse :

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

OUI ☐

NON ☐

Seuls les enfants âgés de 12 ans ou plus seront autorisés à se rendre ou à repartir de l'accueil en autonomie.

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 ☐

Fait à , le Signature :