



FICHE DE RENSEIGNEMENTS

2017/2018

ALSH (accueil de loisirs)

ALSH Sports-Vacances
(à partir de 7 ans)



APS: (Accueil Périscolaire)

<input type="checkbox"/> Baurech	<input type="checkbox"/> Cambes
<input type="checkbox"/> Camblanes et Meynac	<input type="checkbox"/> Cénac
<input type="checkbox"/> Langoiran	<input type="checkbox"/> Latresne
<input type="checkbox"/> Le Tourne	<input type="checkbox"/> Lignan de Bordeaux
<input type="checkbox"/> Quinsac	<input type="checkbox"/> Tabanac
<input type="checkbox"/> Saint-Caprais de Bordeaux	



NOM Prénom de l'enfant

Né(e) le à Sexe: Féminin Masculin

RESPONSABLES LEGAUX

Mail du Père :

Mail de la Mère :



Situation des Parents :

Marié <input type="checkbox"/>	Pacsé <input type="checkbox"/>
Divorcé <input type="checkbox"/>	Veuf(ve) <input type="checkbox"/>
Célibataire <input type="checkbox"/>	Concubinage <input type="checkbox"/>
Séparé <input type="checkbox"/>	

Garde Alternée OUI NON
 Famille d'Accueil OUI NON

Personnes à contacter	1er représentant <input type="checkbox"/> Père <input type="checkbox"/> Mère <input type="checkbox"/> tuteur	2ème représentant <input type="checkbox"/> Père <input type="checkbox"/> Mère <input type="checkbox"/> tuteur
Nom/ Prénom		
Adresse parents		
Employeur/ Nom - Adresse		
Tél domicile		
Tél professio.		
Tél portable		

N°Sécu:
 Adresse:
 Nom et N°allocataire CAF:
 Nom de l'allocataire :

Vous êtes ressortissant de quel régime :

Régime Général (*)
 Régime MSA
 Régime SNCF
 Régime Pêche Maritime

(* Le régime général englobe tous les régimes (EDF-GDF depuis Janvier 2013) hors MSA-SNCF-RATP-Pêche Maritime)

DEPLACEMENTS DE L'ENFANT

L'enfant est-il autorisé à quitter seul la structure? OUI NON
 Si OUI, à quelle heure?

Personnes habilitées à venir chercher l'enfant

Nom/ Prénom	Lien de parenté (ou autre)	Téléphone

Les frères et sœurs doivent être majeurs pour récupérer l'enfant

Personne à qui ne jamais remettre l'enfant :
 (selon le cas joindre une copie de l'acte du tribunal)

INFORMATIONS MEDICALES

Médecin traitant:..... Téléphone:.....

Mutuelle :

Vaccinations : D.T.P. : / / (dernier rappel)

Observations particulières :

(allergies, diabolos, Projet d'Accompagnement Individualisé, difficultés particulières, régime alimentaire,...)

Porte-t-il des lunettes : OUI NON Porte-t-il un appareil auditif : OUI NON

(Important : Pour les PAI, prendre contact avec les responsables APS, ALSH pour la signature du protocole...)

AUTORISATIONSJe soussigné(e)....., responsable légal(e) de l'enfant
.....déclare exact les renseignements portés sur
cette fiche et :**Veillez rayer les autorisations que vous ne souhaitez pas donner.**

- * Autorise le personnel de la structure, à prendre, le cas échéant, toutes les mesures rendues nécessaires par l'état de mon enfant selon les prescriptions du corps médical consulté.
- * Autorise l'hospitalisation de mon enfant.
- * Autorise le médecin à pratiquer en urgence les soins nécessaires (Anésthésie, chirurgie,...).
- * Autorise que mon enfant soit photographié ou filmé dans le cadre des activités de la structure.
- * Autorise la publication des images de mon enfant (photos ou films) sur les sites internet, les bulletins d'informations, les calendriers de la structure et de la collectivité à laquelle elle est rattachée. Sur internet, il ne sera mentionné aucun renseignement permettant d'identifier l'enfant.
- * Autorise mon enfant à sortir de la structure en présence du personnel pour participer à des activités d'éveil et de découvertes.
- * Autorise le transport de mon enfant dans le cadre des activités liées au fonctionnement de la structure.
- * Autorise la collectivité à consulter, le cas échéant, mon dossier d'allocataire directement auprès de la CAF afin de prendre en compte les dernières déclarations de revenus pour le calcul des tarifs.

Je certifie avoir pris connaissance du règlement intérieur sur le site de la CDC
ainsi qu'à l'entrée de la structure et je m'engage à le respecter.

Fait à le .../.../....

Signature:**PIECES A FOURNIR**

- * **Attestation de paiement CAF ou MSA (où figure le Quotient Familial)**
ou la photocopie du dernier avis d'imposition du foyer fiscal 2015
- * **Un chèque de 10€ afin de créditer le compte famille**
- * **Attestation des employeurs parents pour ALSH (obligatoire)**
- * **Attestation d'assurance extra-scolaire : 2017/2018**
- * **Photocopie des vaccinations obligatoires (DTP)**

Tout dossier non complet ne sera pas pris en compte

51 chemin du port de l'homme 33360. Latresne. Tel : 05 56 20 83 60. Fax : 05 56 21 72 64.

Courriel : accueil@cdc-portesentredeuxmers.frSite internet : www.cdc-portesentredeuxmers.fr