

FRANCAS POULIGNEY-LUSANS
 10 B GRANDE RUE
 25640 POULIGNEY-LUSANS
 Tél :06 72 21 29 12
 periscolaire.pouligneylusans@hotmail.fr

Adhésion le : Né(e) le :
 Sexe : M F
 Ecole : Enseignant : Classe :
 L'enfant sait-il nager ? OUI NON Piscine autorisée : OUI NON
 Régime alimentaire : Date de dernière mise à jour du carnet de santé
 Allergies :
 Recommandations des parents :

PARENTS DE L'ENFANT

	Mère	Responsable de l'enfant <input type="checkbox"/>	Père	Responsable de l'enfant <input type="checkbox"/>
Nom, Prénom :				
Adresse du domicile :				
Tél. Domicile/Portable :				
Courriel :				
N° Sécurité sociale :				
Catégorie socioprof. :				

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

N° Allocataire C.A.F. : Régime social :
 C.A.F. d'appartenance : CAF DU DOUBS Autre C.A.F.

Revenu mensuel Nbre Enfants à charge :

Famille : Parentale Monoparentale Recomposée Accueil Même sexe

NOM ET ADRESSE DES

	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

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 :