

**FICHE DE RENSEIGNEMENTS - ACCUEIL DE LOISIRS 2024/2025**

**ENFANT**

Nom, prénom:  Né(e) le :

Adhésion le : ..... Numéro de carte : ..... Sexe : M  F

Régime social:  Régime général  Fonction publique  MSA  Autres:.....

CAF d'appartenance:  CAF du Doubs N° d'Allocataire:.....  Autres: .....

Adresse de l'enfant: ..... Code postal:.....Ville:.....

Localisation:  Besançon  Grand Besançon  Hors Besançon  
Quartier:.....

Type de famille:  Parentale  Monoparentale  Recomposée  Famille d'accueil

**PARENTS DE L'ENFANT (pour les familles d'accueil, renseigner un parent ET la famille d'accueil)**

	Mère	Responsable de l'enfant <input type="checkbox"/>	Père	Responsable de l'enfant <input type="checkbox"/>
Nom, Prénom :				
Adresse du domicile (si différente de celle de l'enfant) :				
Tél.				
Courriel: (en majuscules)				
Profession :				

**FACTURATION** (à renseigner si l'adresse est différente de l'adresse de l'enfant)

Nom et adresse de facturation:.....

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

Nom de la ou des personnes susceptible(s) de venir chercher mon enfant (autres que les Parents) :

Nom/Prénom	Lien de parenté	N°Téléphone	Adresse

**AUTORISATIONS**

- \* L'enfant sait-il nager:  OUI  NON
- \* Piscine autorisée:  OUI  NON
- \* J'autorise mon enfant à rentrer seul à la fin des activités:  OUI  NON
- \* 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, nouveaux média, affiches):  OUI  NON
- \* Je consens au recueil de mes informations personnelles et à l'enregistrement dans un fichier informatisé pour des besoins liés à mon inscription et à la communication par Le Comité de Quartier. Je suis informé de la durée de conservation des données (3 ans). Je peux accéder à mes données (droit d'accès, rectification, suppression) en contactant maison.quartier@comite-stferjeux.fr  OUI  NON

**SANTE, ALLERGIE, REPAS**

Allergies:.....

Recommandations des parents:.....

Type de repas:  Sans Viande  Sans Porc  Sans Poisson  Autres:.....

**ASSURANCE**

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

Fait à ....., le ..... Signature :