

Remplie le _____ (valable 1 an)
Cocher la case correspondante au lieu d'accueil de(s) enfant(s)
 l'ALSH Les Diablotin (Lioujas)
 l'ALSH Baba o Mêmes (Bozouls)

RESPONSABLES LÉGAUX

Responsable légal : Père Mère Tuteur/Tutrice Famille d'accueil

MONSIEUR NOM _____ PRENOM _____
 ADRESSE _____ CP/VILLE _____

 fixe ____ / ____ / ____ / ____ / ____

 portable ____ / ____ / ____ / ____ / ____

 travail ____ / ____ / ____ / ____ / ____

@ e-mail _____

MADAME NOM _____ PRENOM _____
 ADRESSE _____ CP/VILLE _____

 fixe ____ / ____ / ____ / ____ / ____

 portable ____ / ____ / ____ / ____ / ____

 travail ____ / ____ / ____ / ____ / ____

@ e-mail _____

➔ Préciser l'adresse de facturation si différente de celle du responsable :

N° C.A.F. ou M.S.A. : _____ (sans ce numéro, nous ne pourrons pas vous faire bénéficier de l'aide accordée aux allocataires C.A.F. ou M.S.A.)

Si vous disposez de pass C.A.F. ou M.S.A., bien vouloir les déposer à l'accueil du Centre Social au plus vite.

Quotient familial : _____

REFERENCES DE(S) L'ENFANT(S)

ENFANT N°1 NOM _____ PRENOM _____
 Date de naissance ____ / ____ / ____ Sexe _____

Santé : Date du dernier rappel D.T.P. : _____

Allergie(s) : Asthme Médicamenteuse Alimentaire Autres : _____

Protocole : _____

ENFANT N°2 NOM _____ PRENOM _____
 Date de naissance ____ / ____ / ____ Sexe _____

Santé : Date du dernier rappel D.T.P. : _____

Allergie(s) : Asthme Médicamenteuse Alimentaire Autres : _____

Protocole : _____

ENFANT N°3

NOM _____ PRENOM _____
Date de naissance ____ / ____ / ____ Sexe _____

Santé : Date du dernier rappel D.T.P. : _____

Allergie(s) : Asthme Médicamenteuse Alimentaire Autres : _____

Protocole : _____

AUTORISATION PARENTALE

Je soussigné(e), _____ responsable légal de(s) enfant(s):

SANTÉ

autorise le Centre Social Bozouls Comtal et l'ALSH Baba o'mômes à prendre, le cas échéant, toutes mesures (appel des pompiers, hospitalisation, intervention chirurgicale...) rendues nécessaires par l'état de mon enfant / mes enfants.

DROIT À L'IMAGE

autorise le Centre Social Bozouls Comtal et l'ALSH Baba o'mômes à utiliser tout support (audio, vidéo, photo) réalisé lors des activités auxquelles participent mon enfant / mes enfants dans le cadre de la promotion du Centre Social Bozouls Comtal et/ou de l'ALSH Baba o'mômes (presse, site internet, exposition...).

ALIMENTAIRE *(uniquement pour l'ALSH)*

autorise mon enfant / mes enfants à consommer toute préparation culinaire confectionnée par les familles ou les enfants dans le cadre de l'ALSH.

TRANSPORTS *(uniquement pour l'ALSH)*

autorise mon enfant / mes enfants à prendre les transports organisés et nécessaires pour l'activité.

À _____, le _____

Signature

CONDITIONS DE SORTIE PARTICULIÈRES

Je soussigné(e), _____ Père, Mère, Tuteur ¹

autorise mon enfant / mes enfants à partir seul de l'accueil de loisirs à² _____ ;

autorise mon enfant³ _____ à venir chercher son frère ou sa sœur à l'accueil de Loisirs ;

autorise Mme ou M. _____ ,

Mme ou M. _____ ,

Mme ou M. _____ à venir chercher mon enfant.

Signature

¹Rayer la mention inutile

²Préciser l'heure de départ

³A partir de 12 ans

