

ENFANT :NOM : _____ Prénom(s) : _____ Sexe : M F

Né(e) le : __/__/____ Classe _____

Adresse de résidence de l'enfant : _____

CP/ Ville : _____

RESPONSABLES LEGAUX :Qualité : Mère Tutrice FacturationQualité : Père Tuteur Facturation

NOM : _____

NOM : _____

Prénom : _____

Prénom : _____

Adresse : _____

Adresse : _____

CP : _____

CP : _____

Ville : _____

Ville : _____

Tél domicile : __/__/__/__/____

Tél domicile : __/__/__/__/____

Tél portable : __/__/__/__/____

Tél portable : __/__/__/__/____

Tél travail : __/__/__/__/____

Tél travail : __/__/__/__/____

e-mail : _____

e-mail : _____

Régime d'allocation régime général CAF MSA

Joindre les justificatifs : quotient familial, aides aux temps libres

Soit : Je fournis mon numéro d'allocataire CAF et j'autorise la commune à consulter les données sur le site de la CAF : N° _____Soit : Je ne fournis pas mon numéro d'allocataire CAF, le tarif supérieur (quotient familial supérieur à 1200) sera donc appliqué lors de la facturation.Soit : Je fournis une attestation MSA avec mon quotient familial**SANTÉ**↳ **Vaccinations** : se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccinations/si l'enfant n'a pas les vaccins obligatoires joindre un certificat médical de contre-indication

Vaccinations obligatoires	oui	non	Dates des derniers rappels	Vaccinations recommandées	Dates
Diphtérie				Hépatite B	
Tétanos				Rubéole-oreillons-rougeole	
Poliomyélite				Coqueluche	
ou DT polio				Autres (préciser)	
ou Tétracoq				BCG	

Allergies (médicamenteuses, asthme, alimentaires) : _____

↳ **Recommandations particulières que vous souhaitez indiquer** : (port de lunettes, problèmes de santé, traitement médical, précautions à prendre...) : _____

NB : aucun médicament ne sera donné à l'enfant sans ordonnance

↳ **Autorisation en cas d'urgence** :

Je soussigné(e) M., Mme _____ autorise le responsable de la structure à faire pratiquer en cas d'urgence, et sur avis médical, les soins ou interventions nécessaires dont aurait besoin mon enfant.

↳ **Alimentation** : L'enfant doit-il suivre un régime particulier ? Oui Non

Si oui, précisez : _____

DROIT A L'IMAGE

Je soussigné(e) M., Mme _____ autorise n'autorise pas la commune de Méréville à utiliser les photographies et images vidéo me représentant ou représentant mon enfant dans ses supports de communications (internes ou presse locale).

ASSURANCES

Je confirme que mon enfant est couvert par une assurance responsabilité civile (joindre le justificatif)

Nom et adresse de l'assurance individuelle et civile souscrite pour l'enfant :

RETOUR AU DOMICILE

↳ **Personnes pouvant venir chercher l'enfant** : (une pièce d'identité pourra être demandée)

NOM : _____ NOM : _____

Prénom : _____ Prénom : _____

Téléphone : ___/___/___/___/___ Téléphone : ___/___/___/___/___

↳ **Autorisation pour retour seul au domicile (enfant de plus de 10 ans)** :

Je soussigné(e) M., Mme _____ autorise mon enfant à rentrer seul.

- **Je soussigné(e) M., Mme _____**
- **Je certifie les renseignements exacts et je joins les pièces demandées.**
- **Je certifie avoir lu le règlement ; j'accepte les modalités de fonctionnement et le règlement de l'accueil de loisirs tels qu'ils sont présentés sur le règlement intérieur fourni.**

A _____, le ___/___/_____

Signature(s) du ou des responsables légaux :

Madame

Monsieur

A RENDRE A LA MAIRIE DE MÉRÉVILLE