



ACCUEIL DE LOISIRS

INFORMATIONS SUR L'ENFANT :

NOM : _____ Prénom : _____

Date de naissance : _____ Lieu de Naissance : _____

Garçon Fille Nationalité: _____

Madame, Monsieur (Nom, Prénom) _____

Adresse _____

Numéro d'Allocataire C.A.F. _____ Situation Familiale _____

Assurance _____ N° de Police _____ Mutuelle _____

Adresse mail _____

Père de l'enfant :

NOM : _____

Prénom : _____

Date de naissance : _____

N° SS : _____

Adresse : _____

CP: _____ Ville: _____

Tél. domicile : _____

Tél. portable : _____

Profession : _____

Lieu de travail: _____

Tél. travail : _____

Mère de l'enfant :

NOM : _____

Prénom : _____

Date de naissance : _____

N° SS : _____

Adresse : _____

CP: _____ Ville: _____

Tél. domicile : _____

Tél. portable : _____

Profession : _____

Lieu de travail: _____

Tél. travail : _____

AUTORISATIONS

Personnes autorisées à reprendre l'enfant au centre :

Autres:

NOM : _____
Prénom : _____
Lien de parenté avec l'enfant: _____
Adresse : _____
CP: _____ Ville: _____
Tél. domicile : _____
Tél. travail : _____
Tél. portable : _____

NOM : _____
Prénom : _____
Lien de parenté avec l'enfant: _____
Adresse : _____
CP: _____ Ville: _____
Tél. domicile : _____
Tél. travail : _____
Tél. portable : _____

➤ Autorisation d'utilisation de l'image :

J'autorise la MJC Val de Risle à diffuser l'image de mon enfant (journaux, affiches,...) : oui non

Je soussigné(e) _____, responsable légal de l'enfant
_____ déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche. Je m'engage à
venir à la rencontre du directeur si celui-ci m'en fait la demande et à intervenir auprès de mon enfant pour qu'il se
conforme aux bonnes règles de fonctionnement du centre.

MONTFORT S/ RISLE, le _____

Signature des parents,