

Informations concernant l'enfant

: 3/6 ans

: 6/13 ans

: 11/17 ans

Activité(s) choisie(s) :

: Accueil de loisirs MERCREDI

: Accueil de loisirs VACANCES

: Séjours de vacances (précisez le séjour).....

Nom :Prénom

Né(e) le : à :sexe : masculin féminin

Adresse :

Etablissement scolaire : **Classe** :

Autorisation de filmer ou photographier votre enfant pendant les activités : oui non

(à destination de la communication de Saint Marcellin Vercors Isère communauté : site internet, plaquette informations, presse, ...)

Autorise mon enfant à rentrer seul : oui non

Informations concernant les responsables légaux

Père

Mère

Nom : Nom :

Prénom : Prénom :

Adresse : Adresse :

Téléphone : Téléphone :

@ : @ :

N° Sécurité Sociale : N° Sécurité Sociale :

Personne à contacter en priorité **par** l'accueil de loisirs : : père : mère

Informations Administratives

Quotient familiale (QF) :

CAF MSA N° allocataire :

J'autorise le personnel administratif à consulter « CAF Compte partenaires » : oui non

Responsabilité civile (Compagnie + n° contrat) :

Informations concernant les personnes habilitées à récupérer l'enfant

Personne 1

Personne 2

Personne 3

Nom : Nom : Nom :

Prénom : Prénom : Prénom :

Lien de parenté : Lien de parenté : Lien de parenté :

Téléphone : Téléphone : Téléphone :

J'atteste avoir pris connaissance du règlement intérieur et m'engage à le respecter.

Date :

Signature :