

Fiche Individuelle de Renseignements

Nom, prénom de l'enfant Né(e) le :

N° Allocataire C.A.F. : Régime social :

C.A.F. d'appartenance : CAF DE LA MOSELLE ☐ Autre C.A.F. :

Ecole :

Régime alimentaire : Date de dernière mise à jour du carnet de santé

Allergies :

Recommandations des parents :

Médecin traitant Nom : Téléphone :

Adresse :

Personnes à joindre en cas d'urgence (Nom+Téléphone) :

PARENTS DE L'ENFANT

	Mère	Responsable de l'enfant ☐	Père	Responsable de l'enfant ☐
Nom, Prénom :				
Adresse du domicile :				
Tél. Domicile/Portable :				
Courriel :				
Situation familiale :				

Famille : Parentale ☐ Monoparentale ☐ Recomposée ☐ Accueil ☐
Célibataire ☐ Marié(e) ☐ Divorcé(e) ☐ PACS ☐ Vie maritale ☐ Veuf(ve) ☐ Autre ☐

NOM ET ADRESSE DES EMPLOYEURS

	Mère	Père
Nom employeur :		
Adresse de l'employeur :		
Téléphone Travail :		
Profession parents :		

Profession Mère : Profession Père :

PERSONNES autorisées à récupérer mon enfant :

Nom/Prénom	Lien de parenté	N°Téléphone	Adresse

En cas d'accident ou incident, j'autorise les responsables de la structure à prendre toutes les mesures nécessaires pour la sécurité, la santé et la moralité de mon enfant.

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

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 médias, affiches...)

OUI ☐ NON ☐

AUTORISATION PARENTALE

Je soussigné(e).....autorise mon enfant

.....à participer aux activités proposées par l'ASBH.

J'atteste avoir pris connaissance du règlement.

Fait à, le SIGNATURE :