

FICHE RENSEIGNEMENTS

FREQUENTATION CLSH INTERCOMMUNAL/ANNEE 2022/2023

ENFANT CONCERNE PAR : GARDERIE DU MATIN DU SOIR CANTINE

VOTRE ENFANT

NOM :
Prénom :
Né(e) le :
A :
Sexe : M F CLASSE :

RESPONSABLES LEGAUX

Père :

NOM :
Prénom :
Adresse :
.....
Tél. :
Adresse mail :
Nom employeur :
Tél. professionnel :

Mère :

NOM :
Prénom :
Adresse :
.....
Tél. :
Adresse mail :
Nom employeur :
Tél. professionnel :

RENSEIGNEMENTS ADMINISTRATIFS

La facturation est à adresser à (cas des parents séparés) :

Père Mère

Votre enfant dépend :

Du régime général de la sécurité sociale
De la MSA
De la SNCF
De EDF/GDF
Autres
N° immatriculation couvrant l'enfant :
.....
Adresse de votre caisse d'allocations familiales :
.....
Quotient familial :
N° allocataire :
Nom et adresse de votre mutuelle :
.....
Assurance couvrant l'enfant :
.....

**JOINDRE OBLIGATOIREMENT PHOTOCOPIE
DU COURRIER DE LA CAF PRECISANT VOTRE
QUOTIENT FAMILIAL SI INFERIEUR A 800 €**

FICHE SANITAIRE DE LIAISON

Difficultés de santé à signaler ou régime alimentaire spécifique (recommandations, allergies...) :

.....
.....
.....
.....

PERSONNES AUTORISEES A RECUPERER

L'ENFANT (à la sortie de la garderie et à la descente du car)

NOMS-PRENOMS-TELEPHONE

.....
.....
.....
.....

Nous vous rappelons que, si après le temps scolaire ordinaire ou complémentaire correspondant à du soutien ou autre, les enfants ne sont pas récupérés par les personnes autorisées, les enseignants confieront ces enfants au service de la garderie du CLSH.

PERSONNES A CONTACTER EN CAS

D'URGENCE

NOMS-PRENOMS-TELEPHONE

.....
.....
.....

Je soussigné(e)....., Responsable de l'enfant,

- l'autorise** à participer à toutes les activités du centre
- autorise** le responsable à prendre toutes mesures médicales ou chirurgicales reconnues nécessaires.
- autorise** l'accueil de loisirs TARTARAS/DARGOIRE à utiliser, dans le cadre pédagogique des photos ou des vidéos de mon enfant prises au cours d'activités.
- refuse** l'utilisation des photos et des vidéos de mon enfant prises en cours d'activités

Je déclare avoir pris connaissance et accepter les conditions générales d'inscription au CLSH Intercommunal.

Fait le A
Signatures