

# FICHE RENSEIGNEMENTS

## FREQUENTATION CLSH INTERCOMMUNAL/ANNEE 2023/2024

ENFANT CONCERNE PAR : GARDERIE DU MATIN  DU SOIR  CANTINE

### VOTRE ENFANT

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

### FICHE SANITAIRE DE LIAISON

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

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

### RESPONSABLES LEGAUX

#### Père :

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

#### Mère :

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

### 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

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

### 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 €

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