

**ENFANT :**NOM : \_\_\_\_\_ Prénom(s) : \_\_\_\_\_ Sexe : M  F 

Né(e) le : \_\_/\_\_/\_\_\_\_ Classe \_\_\_\_\_

Adresse de résidence de l'enfant : \_\_\_\_\_

CP/ Ville : \_\_\_\_\_

**RESPONSABLES LEGAUX :**Qualité :  Mère  Tutrice  FacturationQualité :  Père  Tuteur  Facturation

NOM : \_\_\_\_\_

NOM : \_\_\_\_\_

Prénom : \_\_\_\_\_

Prénom : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_

CP : \_\_\_\_\_

CP : \_\_\_\_\_

Ville : \_\_\_\_\_

Ville : \_\_\_\_\_

Tél domicile : \_\_/\_\_/\_\_/\_\_/\_\_\_\_

Tél domicile : \_\_/\_\_/\_\_/\_\_/\_\_\_\_

Tél portable : \_\_/\_\_/\_\_/\_\_/\_\_\_\_

Tél portable : \_\_/\_\_/\_\_/\_\_/\_\_\_\_

Tél travail : \_\_/\_\_/\_\_/\_\_/\_\_\_\_

Tél travail : \_\_/\_\_/\_\_/\_\_/\_\_\_\_

e-mail : \_\_\_\_\_

e-mail : \_\_\_\_\_

Régime d'allocation  régime général CAF  MSA

Joindre les justificatifs : quotient familial, aides aux temps libres

Soit :  Je fournis mon numéro d'allocataire CAF et j'autorise la commune à consulter les données sur le site de la CAF : N° \_\_\_\_\_Soit :  Je ne fournis pas mon numéro d'allocataire CAF, le tarif supérieur (quotient familial supérieur à 1200) sera donc appliqué lors de la facturation.Soit :  Je fournis une attestation MSA avec mon quotient familial**SANTÉ**↳ **Vaccinations** : se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccinations/si l'enfant n'a pas les vaccins obligatoires joindre un certificat médical de contre-indication

Vaccinations obligatoires	oui	non	Dates des derniers rappels	Vaccinations recommandées	Dates
Diphtérie				Hépatite B	
Tétanos				Rubéole-oreillons-rougeole	
Poliomyélite				Coqueluche	
ou DT polio				Autres (préciser)	
ou Tétracoq				BCG	

Allergies (médicamenteuses, asthme, alimentaires) : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

↳ **Recommandations particulières que vous souhaitez indiquer** : (port de lunettes, problèmes de santé, traitement médical, précautions à prendre...) : \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

NB : aucun médicament ne sera donné à l'enfant sans ordonnance

↳ **Autorisation en cas d'urgence** :

Je soussigné(e) M., Mme \_\_\_\_\_ autorise le responsable de la structure à faire pratiquer en cas d'urgence, et sur avis médical, les soins ou interventions nécessaires dont aurait besoin mon enfant.

↳ **Alimentation** : L'enfant doit-il suivre un régime particulier ?  oui  non

Si oui, précisez : \_\_\_\_\_

### **DROIT A L'IMAGE**

Je soussigné(e) M., Mme \_\_\_\_\_  autorise  n'autorise pas la commune de Méréville à utiliser les photographies et images vidéo me représentant ou représentant mon enfant dans ses supports de communications (internes ou presse locale).

### **ASSURANCES**

Je confirme que mon enfant est couvert par une assurance responsabilité civile (joindre le justificatif)

Nom et adresse de l'assurance individuelle et civile souscrite pour l'enfant :  
\_\_\_\_\_

### **RETOUR AU DOMICILE**

↳ **Personnes pouvant venir chercher l'enfant** : (une pièce d'identité pourra être demandée)

NOM : \_\_\_\_\_ NOM : \_\_\_\_\_

Prénom : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_

Téléphone : \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Téléphone : \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

↳ **Autorisation pour retour seul au domicile (enfant de plus de 10 ans)** :

Je soussigné(e) M., Mme \_\_\_\_\_ autorise mon enfant à rentrer seul.

- Je soussigné(e) M., Mme \_\_\_\_\_
- Je certifie les renseignements exacts et je joins les pièces demandées.
- Je certifie avoir lu le règlement ; j'accepte les modalités de fonctionnement et le règlement de l'accueil de loisirs tels qu'ils sont présentés sur le règlement intérieur fourni.

A \_\_\_\_\_, le \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_

Signature(s) du ou des responsables légaux :

Madame

Monsieur

**A RENDRE A LA MAIRIE DE MÉRÉVILLE**