

LES P'TITS POTES**ACCUEIL DE LOISIRS**

18 bis Cours Pierre Lassalle

33 590 ST VIVIEN

Tél : 05.56.73.02.85

Site internet : les-petits-potes.fr**FICHE DE RENSEIGNEMENTS**

20.. /20..

ENFANT

NOM :

Prénom :

Né (e) le :

Lieu de naissance :

Sexe : **Masculin / Féminin** (*Rayer la mention inutile*)

Etablissement scolaire fréquenté :

Classe fréquentée à la rentrée 20.. :Inscription au TAP (Temps d'Activité Périscolaire) : **OUI** **NON**

Nom et N° Responsabilité civile :

Date de validité :

*(Attestation à nous fournir)***Responsable légal 1***Le responsable légal 1 est le destinataire redevable de la facturation et de tous les courriers.*

Père Mère Autre (précisez) :

Nom :

Nom de jeune fille :

Prénom :

Adresse :

CP : Commune :

Tél. domicile :

Tél. portable :

N° de sécurité sociale:

N° allocataire CAF/MSA/Autre.....

Adresse courriel :

N° de SS :

Profession :

Nom de l'employeur :

Adresse de l'employeur :

Tél. travail :

J'assure la couverture sociale de l'enfant : **OUI** **NON****Responsable légal 2**

Père Mère Autre (précisez) :

Nom :

Nom de jeune fille.....

Prénom :

Adresse :

CP : Commune :

Tél. domicile :

Tél. portable :

N° de sécurité sociale:

N° allocataire CAF/MSA/Autre.....

Adresse courriel :

N° de SS :

Profession :

Nom de l'employeur :

Adresse de l'employeur :

Tél. travail :

J'assure la couverture sociale de l'enfant : **OUI** **NON****EN CAS D'URGENCE : Noms et n° de Tél. des personnes à contacter**

Nom : Téléphone :/...../.....//..... Adresse

Nom : Téléphone :/...../.....//..... Adresse

Nom : Téléphone :/...../.....//..... Adresse

Autorisation parentale

Je soussigné(e).....responsable légale de l'enfant.....déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise les responsables de l' Accueil de Loisirs à prendre le cas échéant toutes mesures (traitements médicaux, hospitalisation, intervention chirurgicale, anesthésie) rendues nécessaires par l'état de mon enfant.

Signature du représentant légal (obligatoire).

Fait à :, le

Je soussigné(e), Mr/ Mme (Nom, Prénom).....
Responsable légal de (Nom, Prénom de l'enfant).....

- Autorise mon enfant à participer aux activités et sorties proposées par l'Accueil de Loisirs.**
- Autorise mon enfant à participer à toutes les activités de baignade, sous la responsabilité du Surveillant de Baignade.**
- Autorise mon enfant à prendre les repas du midi à la cantine scolaire de St Vivien.**
- Autorise le responsable de la structure prendre, en cas d'urgence, toutes les mesures jugées**
- Autorise l'encadrant titulaire du PSC1 à donner s'il y a lieu, les soins nécessaires.**
- Autorise mon enfant à utiliser les différents transports de la structure pour se rendre sur les différentes activités.**
- Certifie que mon enfant ne présente aucune contre-indication à la pratique de sports.**
- Certifie que mon enfant sait nager (fournir l'attestation).**
- Autorise mon enfant à être photographié ou filmé dans le cadre des activités de l'Accueil de Loisirs (temps TAP compris) afin d'illustrer des supports de communication (journal, affiches, site web, vidéos, etc....) et donne mon consentement à la diffusion de l'image de mon enfant et cela à titre gratuit. Ces photographies ne feront en aucun cas l'objet d'une utilisation ou diffusion commerciale.**
- Je m'engage à ce que mon enfant participe de manière assidue aux activités auxquelles il est inscrit.**
- J'ai pris connaissance du règlement intérieur du TAP et de celui de l'accueil de loisirs.**

Fait à....., le

**Mention «Lu et approuvé»
Signature du représentant légal**

