



FICHE INDIVIDUELLE DE RENSEIGNEMENTS ENFANT

IDENTITE DE L'ENFANT

Nom : _____ Prénom : _____

Date de naissance : _____ Garçon Fille

Classe en cours : _____ Etablissement scolaire : _____

Numéro de portable du jeune : ____/____/____/____/____/____

Choix alimentaires : ● avec viande : OUI NON ● avec porc : OUI NON

Pour toute information relative aux repas, merci de contacter la responsable concernée de l'accueil de loisirs.

ADRESSE COMPLETE DU DOMICILE DE LA FAMILLE

Adresse : _____

Code Postal : _____ Ville : _____

IDENTITE DES PARENTS LEGAUX

	Mère	Père
Nom :	_____	_____
Prénom :	_____	_____
Date de naissance :	_____	_____
Profession :	_____	_____
Employeur :	_____	_____
Tél Travail :	____/____/____/____/____	____/____/____/____/____
Tél Domicile :	____/____/____/____/____	____/____/____/____/____
Tél Portable :	____/____/____/____/____	____/____/____/____/____
Adresse mail :	_____	_____

SITUATION DE LA FAMILLE / STATISTIQUES

Nombre d'enfants à charge : _____ Nombre d'enfants total : _____

Catégories sociaux prof. du responsable de la famille :

Agriculteurs exploitants	<input type="checkbox"/>
Artisans commerçants	<input type="checkbox"/>
Cadres, professions libérales	<input type="checkbox"/>
Profession intermédiaire	<input type="checkbox"/>
Employés, Ouvriers	<input type="checkbox"/>
Retraités	<input type="checkbox"/>
Chômeurs	<input type="checkbox"/>
Etudiants	<input type="checkbox"/>
Inactifs	<input type="checkbox"/>
Fonctionnaires	<input type="checkbox"/>

Situation Familiale :

Marié(s)	<input type="checkbox"/>
Célibataire(s)	<input type="checkbox"/>
Divorcé(s)	<input type="checkbox"/>
Séparé(s)	<input type="checkbox"/>
Pacsé(s)	<input type="checkbox"/>
Concubin(s)	<input type="checkbox"/>
Veuf(ve)	<input type="checkbox"/>

Tournez svp ➔

AUTRE(S) PERSONNE(S) QUE LE(S) PARENT(S) A CONTACTER EN CAS D'URGENCE

Nom : _____

Prénom : _____

N° Téléphone : _____

Lien de parenté : _____

AUTRE(S) PERSONNE(S) QUE LE(S) PARENT(S) AUTORISEE(S) A VENIR CHERCHER L'ENFANT

(Présentation d'une pièce d'identité)

Nom : _____

Prénom : _____

N° Téléphone : _____

Lien de parenté : _____

FACTURATIONL'adresse de facturation est la même adresse que celle du domicile : OUI NONJe souhaite recevoir ma facture par mail : OUI NONJe souhaite recevoir par mail ou sms les informations concernant le centre social : OUI NON

N° Allocataire (CAF, MSA...) : _____

J'autorise l'association à consulter mon quotient familial sur le site CAFPRO : OUI NON*NB : Si je ne fournis aucun document (n° allocataire, avis d'imposition), je me verrai appliquer le tarif le plus élevé.***AUTORISATIONS PARENTALES****MERCI DE COCHER TOUTES LES CASES PAR OUI OU PAR NON**

	OUI	NON
. J'autorise mon enfant de plus de 6 ans à rentrer seul après les activités		
. J'autorise mon enfant à participer à l'ensemble des activités proposées (physiques, sportives et baignade comprises) et celles comprenant du transport		
. J'autorise le personnel à photographier ou à filmer mon enfant dans la mesure où les films et photos ne seront utilisés à aucun autre usage qu'un usage éducatif, inhérent à la vie de l'établissement (presse, site internet, documents internes de l'association)		
. J'autorise l'équipe de direction à prendre les mesures d'urgences en cas d'accident impliquant mon enfant (hospitalisation, SAMU, pompiers)		
. J'autorise que l'on maquille mon enfant		
. J'autorise l'équipe du secteur jeunes à contacter mon jeune via son téléphone portable ou son réseau social (ex : WhatsApp, Snapchat, etc.)		

AUTORISATION RGPD (collecte des données)

Je soussigné(e),..... autorise le Centre social à traiter les données de ce formulaire afin de créer, modifier mon dossier et gérer mes inscriptions.

Fait à Le

Signature des parents ou du tuteur légal :