

N° : .....

### L'ENFANT

Nom : ..... Prénom : .....

Quartier : ..... Date de naissance : ...../...../.....

: .....

Pour la location du matériel, préciser : Taille : .....cm / Poids : .....Kg / Pointure : .....

### RESPONSABLES DE L'ENFANT

Situation familiale des parents : mariés/pacsés/concubinage  séparés/divorcés

	PÈRE <i>Correspondance principale</i> <input type="checkbox"/>	MERE <i>Correspondance principale</i> <input type="checkbox"/>
NOM Prénom		
/	/	/
Pro		
Profession		
@		

Le fait de renseigner mon adresse mail vaut autorisation pour l'ACSEP de me communiquer les informations relatives à la vie de l'association ainsi que l'envoi de son petit journal clin d'œil via MAIL

### PRESTATIONS FAMILIALES

(renseignements obligatoires)

Caisse d'allocations familiales :	CAF <input type="checkbox"/>	MSA <input type="checkbox"/>
Quotient familial :	N° d'allocataire :	
Cadre réserver à l'administration T1 - T2 - T3 - T4		

### AUTORISATIONS

OUI / NON  J'autorise mon enfant à être photographié ou filmé dans le cadre du séjour de l'ACSEP ainsi que l'utilisation et la diffusion de ces photographies ou vidéos pour l'ensemble des publications et actions de communication ACSEP, pour une durée indéterminée à titre gracieux (journal, facebook, vidéo, tracts)

En cas d'accident ou en cas d'urgence et dans l'hypothèse où il serait impossible de vous joindre, veuillez indiquer une (des) personne(s) à contacter :

Noms Prénoms		/

# FICHE SANITAIRE

\* rayer la mention inutile

Date du dernier vaccin antitétanique (fournir la photocopie des vaccins) : .....

Maladies épidémiques et contagieuses déjà contractées\* : varicelle    rubéole    rougeole    scarlatine    coqueluche    oreillons    diphtérie

Votre enfant a-t-il des troubles particuliers, des allergies ou un régime alimentaire particulier\* :        oui        non

Si oui, préciser le ou lesquels et l'attitude à adopter :

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

Nom du médecin traitant : ..... Et Numéro de tél : .....

Votre enfant mouille-t-il son lit la nuit ?    Jamais        Souvent        Parfois   

## AUTORISATION DE SOINS

Je soussigné.e....., responsable de l'enfant.....  
déclare exacts les renseignements portés sur l'ensemble de cette fiche et autorise le responsable de la structure à prendre le cas échéant, toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de l'enfant.

## REGLEMENT INTERIEUR

Je soussigné(e)....., responsable de l'enfant.....  
affirme avoir pris connaissance et accepte le règlement intérieur de l'Accueil Collectif de Mineurs.

Fait à Poitiers, le .....

**Signature :**

## REGLEMENT

Total à payer : 15 € d'adhésion familiale + .....

Mode de règlement :    Chèque    ou    Chèques vacances = .....        espèces = .....

Arrhes (entourer)    143,00€        /        167,00€        /        191,00€        /        213,00€

Chèque N° ..... Montant : .....

Nom du débiteur:.....

Chèque N° ..... Montant : .....

Banque: .....

Chèque N° ..... Montant : .....

Chèque N° ..... Montant : .....