


L'ENFANT

Nom : Prénom :





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

 :

Ecole : Classe :

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 :	
<small>Cadre réserver à l'administration</small>		
Aloe (QF<700) :	Oui <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>
R1- R2- R3- R4- R5- R6- R7- R8		




AUTORISATIONS (* entourer)

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)

OUI / NON* J'autorise mon enfant à partir seul à la fin des activités

OUI / NON* J'autorise l'ACSEP à transporter mon enfant en autocar

J'autorise mon enfant à partir avec :

Noms Prénoms		 / 

FICHE SANITAIRE

* rayer la mention inutile

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

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

Votre enfant a-t-il des troubles particuliers ou allergies* : oui non

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

.....

Suit-il un traitement * (Si oui joindre obligatoirement l'ordonnance du médecin) : oui non

Nom du médecin traitant : Et Numéro de tél :

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 de loisirs.

Fait à Poitiers, le

Signature :

CHOIX DES STAGES

	Automne	Hiver	Printemps
Lieux	Aliénor d'Aquitaine - 22 au 26 octobre <input type="checkbox"/>	Gymnase France Bloch (Beaulieu) - 25 fév. au 1^{er} mars <input type="checkbox"/>	Gymnase France Bloch (Beaulieu) - Du 15 au 19 avril <input type="checkbox"/> Gymnase Aliénor d'aquitaine (Couronneries) - Du 23 au 26 avril <input type="checkbox"/>
	Cantine <i>(facture fournie par la mairie)</i>		
	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
Régime alimentaire	Merci de spécifier si votre enfant suit un régime alimentaire particulier (Allergie, Sans porc, végétarien, ...) :		
Garderie*	L M M J V	L M M J V	L M M J V
Matin avant 9h	L M M J V	L M M J V	L M M J V
A.M. après 16h30	L M M J V	L M M J V	L M M J V
<i>Cadre réservé à l'administration</i>			
Montant du stage (+2€ adhésion)€€€
N° Chèque	-	-	-
Banque	-	-	-
Emetteur	-	-	-
Liquide (N° Reçu)			
Chèques vacances			