



# SERVICE ACTION SOCIALE CDC "CAMPAGNE DE CAUX"

**ACCUEILS DE LOISIRS  
COMMUNAUTAIRES**

**ANNEE 2017**

Nom de l'enfant	
Prénom de l'enfant	
Date de naissance	/ /

Sexe G  F

## RENSEIGNEMENTS ENFANT

Type de repas	Normal <input type="checkbox"/>	Sans porc <input type="checkbox"/>	Sans poisson <input type="checkbox"/>	Autre
Allergie(s) Alimentaire(s)				

Assurance	Nom		N° Contrat
	Adresse		
	C Postal	Ville	

L'enfant est autorisé à partir seul de l'accueil	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	L'enfant porte des lunettes	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>
Vous autorisez le service Jeunesse & Sports à utiliser des images ou vidéos où pourrait figurer votre enfant	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	L'enfant peut-il participer aux séances de piscine	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>

Médecin traitant	D <sup>R</sup>	Téléphone
		Ville

N° Sécurité Sociale dont dépend l'enfant

## RESPONSABLE LEGAL / ASSISTANT FAMILIAL / CENTRE D'ACCUEIL

Nom	Tél. Domicile	
Prénom	Tél. Portable	
Adresse	Tél. Professionnel	
Code postal & Ville	Email	
Profession	Situation familiale	Célibataire <input type="checkbox"/> Vie maritale <input type="checkbox"/> séparé/divorcé <input type="checkbox"/> Pacsé <input type="checkbox"/> Marié <input type="checkbox"/>
Si vous êtes allocataire CAF	N° allocataire CAF	Quotient Familial
Si vous êtes allocataire MSA	N° allocataire MSA	Quotient Familial

**Si vous n'êtes pas allocataire CAF, veuillez présenter votre dernière feuille d'imposition lors de l'inscription**

## PERE

Nom	Tél. Domicile	
Prénom	Tél. Portable	
Adresse	Tél. Professionnel	
Code postal & Ville	Email	
Profession	Situation familiale	Célibataire <input type="checkbox"/> Vie maritale <input type="checkbox"/> séparé/divorcé <input type="checkbox"/> Pacsé <input type="checkbox"/> Marié <input type="checkbox"/>

## MERE

Nom	Tél. Domicile	
Prénom	Tél. Portable	
Adresse	Tél. Professionnel	
Code postal & Ville	Email	
Profession	Situation familiale	Célibataire <input type="checkbox"/> Vie maritale <input type="checkbox"/> séparé/divorcé <input type="checkbox"/> Pacsé <input type="checkbox"/> Marié <input type="checkbox"/>

Je soussigné(e) Melle, Mme, Mr

- déclare exacts les renseignements notifiés ci-dessus.
- autorise le service Action Sociale à accéder aux données CAF au travers de l'accès CAFPRO
- autorise les responsables de l'accueil à prendre les dispositions nécessaires concernant l'état de santé de mon enfant.
- autorise mon enfant à participer aux diverses sorties proposées par l'accueil et nécessitant un transport en véhicule ou transport en commun.
- certifie avoir pris connaissance et être en accord avec les termes du règlement intérieur de l'accueil de loisirs.

Fait à  Signature

Le

**ACCUEIL CONCERNE ET PERIODICITE**

ACM et Périodes d'accueil	ACM BEC DE MORTAGNE	DATES :
	ACM BRETTEVILLE DU GRAND CAUX	DATES :
	ACM GODERVILLE	DATES :

---

**PERSONNES HABILITEES A RETIRER L'ENFANT DE L'ACCUEIL**

1	NOM :	
	PRENOM :	
	TELEPHONE :	
2	NOM :	
	PRENOM :	
	TELEPHONE :	
3	NOM :	
	PRENOM :	
	TELEPHONE :	

---

**INFORMATIONS COMPLEMENTAIRES CONCERNANT L'ENFANT**

--