

FAMILLE

Responsable(s) légal(aux) de(s) enfant(s) * Père Mère

* Famille d'accueil merci de compléter la fiche sanitaire (disponible en téléchargement ou aux guichets)

Nom et Prénom de la mère (ou conjoint) :

.....

Adresse :

.....

Code postal et ville :

.....

 Domicile :

 Portable :

 Professionnel :

Email :

Nom et Prénom du père (ou conjoint) :

.....

Adresse :

.....

Code postal et ville :

.....

 Domicile :

 Portable :

 Professionnel :

Email :

Profession et adresse employeur :

.....

.....

Profession et adresse employeur :

.....

.....

Situation familiale :





- marié pacsé vie maritale célibataire veuf
 divorcé garde alternée

Régime allocataire : CAF : N° MSA : N°

AUTORISATION

Je soussigné(e), responsable légal de(s) enfant(s).....

- Certifie exacts les renseignements portés sur ce dossier
- Autorise : Oui Non
- Mon(mes) enfant(s) à partir seul de la structure
Si OUI seule la responsabilité des parents est engagée
- Les personnes suivantes à récupérer mon(mes) enfant(s) :

Nom Prénom :		Lien familial
Nom Prénom :		Lien familial
Nom Prénom :		Lien familial
Nom Prénom :		Lien familial
- En cas d'urgence, les directions des structures à prévenir les secours qui prendront toutes les mesures utiles et feront procéder aux actes, traitements médicaux et chirurgicaux nécessaires à la santé de mon(mes) enfant(s)
- Mon(mes) enfant(s) à participer à toutes les activités y compris piscine, baignade, vélo, sortie quel que soit le transport utilisé, ceci pour toutes les présences de ce(s) dernier(s) dans les structures concernées
- La CDC Médoc Cœur de Presqu'île à consulter exclusivement mon quotient familial par l'intermédiaire du service CDAP de la CAF
- Accepte que les factures soient transmises par mail Oui Non

ENFANTS

Nom et prénom :

.....

Date de naissance :

Sexe masculin féminin

Ecole :

Classe :

Il fréquentera :

- APS de son école
 ACM La Garosse
 ACM Anne Frank
 ACM Beaugency
 ACM Bégadan
 Espaces Jeunesse Cissac Pauillac St Laurent

Suit-il un traitement médical* Oui Non

Est-il allergique* Oui Non

Nom et prénom :

.....

Date de naissance :

Sexe masculin féminin

Ecole :

Classe :

Il fréquentera :

- APS de son école
 ACM La Garosse
 ACM Anne Frank
 ACM Beaugency
 ACM Bégadan
 Espaces Jeunesse Cissac Pauillac St Laurent

Suit-il un traitement médical* Oui Non

Est-il allergique* Oui Non

Nom et prénom :

.....

Date de naissance :

Sexe masculin féminin

Ecole :

Classe :

Il fréquentera :

- APS de son école
 ACM Garosse
 ACM Anne Frank
 ACM Beaugency
 ACM Bégadan
 Espaces Jeunesse Cissac Pauillac St Laurent

Suit-il un traitement médical* Oui Non

Est-il allergique* Oui Non

Nom et prénom :

.....

Date de naissance :

Sexe masculin féminin

Ecole :

Classe :

Il fréquentera :

- APS de son école
 ACM Garosse
 ACM Anne Frank
 ACM Beaugency
 ACM Bégadan
 Espaces Jeunesse Cissac Pauillac St Laurent

Suit-il un traitement médical * Oui Non

Est-il allergique* Oui Non

* Si oui merci de compléter la fiche sanitaire (disponible en téléchargement ou aux guichets)

Je soussigné (e),, représentant légal de(s) l'enfant(s).....

Atteste sur l'honneur :

- Avoir l'autorité nécessaire pour inscrire mon enfant,
 Avoir pris connaissance du Projet Pédagogique et du Règlement Intérieur des structures consultables sur site

Date

Signature

Précédée de la mention « lu et approuvé »

Les informations recueillies font l'objet d'un traitement informatique destiné aux ACM. Les destinataires des données sont les directeurs des accueils de loisirs, les responsables des services Enfance, le service comptabilité et, si nécessaire, le service social de la collectivité. Ces informations sont strictement confidentielles. (loi RGPD)

Communauté De Communes Médoc Cœur de Presqu'île

✉ 10, place du Maréchal FOCH 33340 LESPARRE MEDOC ☎ 05.56.41.66.60 @ cdc@medoc-cpi.fr

Guichet famille Lesparre @ guichet.famille@medoc-cpi.fr/ Guichet unique Pauillac @ info.famille@medoc-cpi.fr