Association de Coordination Culturelle Educative et Sportive

Centre socio-culturel Pierre JULIEN 4 rue des Ifs - 57470 HOMBOURG-HAUT
Périscolaire : Espace de Wendel rue des Suédois - 57470 HOMBOURG-HAUT
☎ 03 72 36 22 70 ✉ contact@acces-hombourg-haut.fr

Nom, prénom de l'enfant : **Né(e) le :**

Adhésion le : ..... **Numéro de carte :** ..... **Sexe :** M ☐ F ☐

Ecole : ..... **Enseignant :** ..... **Classe :** .....

L'enfant sait-il nager ? **OUI** ☐ **NON** ☐ **Piscine autorisée :** **OUI** ☐ **NON** ☐

Régime alimentaire : ..... **Date de dernière mise à jour du carnet de santé** .....

Allergies : .....

Recommandations des parents : .....

.....

PARENTS DE L'ENFANT .....

	Mère ☐ **Responsable de l'enfant**	**Père** ☐ **Responsable de l'enfant**
Nom, Prénom :		
Date de naissance **Adresse du domicile :**		
Tél. Domicile/Portable :		
Courriel :		
Catégorie socioprof. :		

Personnes à joindre en cas d'urgence (Nom+Téléphone) : .....

N° Allocataire C.A.F. : ..... **Régime social :** .....

C.A.F. d'appartenance : **C.A.F. DE LA MOSELLE** ☐ **Autre C.A.F.** .....

Quotient familial ..... **Nbre Enfants à charge :** .....

Famille : **Parentale** ☐ **Monoparentale** ☐ **Recomposée** ☐ **Accueil** ☐

NOM ET ADRESSE DES EMPLOYEURS

	Mère	**Père**
Nom employeur :		
Adresse de l'employeur :		
Téléphone Travail :		

Je certifie que mon enfant bénéficie d'une assurance scolaire et extrascolaire

Nom de la compagnie : ..... **N°Téléphone** ..... **N°Contrat :** .....

PERSONNE(S) AUTORISEE(S) A RECUPERER VOTRE ENFANT

Nom/Prénom	**Lien de parenté**	**N°Téléphone**	**Adresse**

En cas d'accident ou incident, j'autorise les responsables de la structure à prendre toutes les mesures nécessaires pour la sécurité, la santé et la moralité de mon enfant

Pendant les activités, j'autorise le personnel de l'association à photographier et/ou à filmer mon enfant pour la création de souvenirs et d'archives. **OUI** ☐ **NON** ☐

J'autorise l'association à utiliser ces supports pour sa promotion et son information (presse et journaux locaux, nouveau média, affiches...). **OUI** ☐ **NON** ☐

J'autorise mon enfant, à rentrer seul à la fin des activités. **OUI** ☐ **NON** ☐

Médecin traitant : **Nom :** .....**Téléphone** .....

Adresse : .....

Fait à ..... **, le** ..... **Signature :**