

A B C D E F G H I J K L M N O P Q R S T U V W X Y Z

C.	Q.F.	Aides	Tarifs Semaine	Journée	Hors Bayonne
----	------	-------	-------------------	---------	-----------------

RENSEIGNEMENTS

Nom de l'établissement : _____ Classe : _____

Nom de l'enfant : _____ Date de naissance J | M | A

Prénom : _____ Sexe : F M

	Père	Mère
	ou représentant légal	
Nom	_____	_____
Prénom	_____	_____
Adresse	_____	_____
Téléphone domicile	_____	_____
Téléphone portable	_____	_____
Téléphone travail	_____	_____
Profession	_____	_____
Nom de l'employeur	_____	_____
Nombre d'enfants à charge	_____	_____

TRANSPORT EN CAR <i>Sauf avis contraire, mon enfant montera, le matin à l'arrêt</i>	Nom de l'allocataire CAF : _____
de : _____	N° Allocataire CAF : _____ <small>L'association sera amenée à consulter "Mon compte Partenaires de la CAF" pour le montant du quotient familial.</small>
descendra le soir à l'arrêt	AIDES DIVERSES
de : _____	Aide aux temps libres de la CAF..... OUI NON
Adresse mail active en majuscules	Aide d'un Comité d'Etablissement, autres caisses (à préciser) OUI NON
.....@.....

**PATRONAGE LAÏQUE
DES PETITS BAYONNAIS**

ACCUEIL DE LOISIRS

FICHE DE RENSEIGNEMENTS

Je soussigné _____ père, mère ou tuteur, déclare inscrire mon enfant à l'accueil de loisirs de _____

J'autorise l'association à utiliser, à des fins non commerciales, toute image réalisée lors des activités, y compris sur le site internet (www.plpb.fr).

Je déclare avoir pris connaissance du règlement intérieur.

Je certifie exacts les renseignements portés sur cette fiche et je m'engage à signaler tout changement d'adresse, n° de téléphone, école.

Renseignements Sanitaires

Vaccination D.T.P. _____ oui non

Date 1^{ère} injection _____ / _____ / _____ Date du dernier rappel _____ / _____ / _____

Autorisez-vous votre enfant à se baigner ? _____ oui non

Sait-il nager ? _____ oui non

Signalez ici toutes dispositions particulières concernant votre enfant :

Votre enfant bénéficie-t-il de l'AEEH (allocation d'éducation enfant handicapé) ? _ oui non
(Toute allergie ou régime alimentaire particulier doit être justifié par un certificat médical ou un P.A.I)

Responsabilité

L'enfant est assuré gratuitement pendant les activités, les transports et les garderies organisés par le Centre.

Déclaration médicale

J'autorise le Directeur de l'accueil de loisirs à s'adresser directement, en cas d'urgence, au médecin ou aux services d'urgences compétents.

Personne à prévenir en cas d'urgence si impossibilité de joindre les parents (obligatoire) :

Nom : _____ Tél. _____

A _____ le _____ Signature : _____

Cette fiche ne doit en aucun cas être pliée