

Nom, prénom de l'enfant

Régime alimentaire : ..... Date de dernière mise à jour de la fiche sanitaire.....

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

**PARENTS DE L'ENFANT**

	Rep. légal 1	Responsable de l'enfant <input type="checkbox"/>	Rep. légal 2	Responsable de l'enfant <input type="checkbox"/>
Nom, Prénom :				
Adresse du domicile :				
Tél. Domicile/Portable :				
Tél. Professionnel :				
Courriel :				
N° Sécurité sociale :				

Nom et adresse de facturation : .....

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

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

C.A.F. d'appartenance : CAF DU BAS-RHIN  MSA  Autre C.A.F. ....

Type de famille : Parentale  Monoparentale  Recomposée  Accueil

**NOM ET ADRESSE DES EMPLOYEURS**

	Rep. légal 1	Rep. légal 2
Nom employeur :		
Adresse de l'employeur :		
Téléphone Travail :		
Profession parents :		

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

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

Si Non, nom de la ou des personnes susceptibles de venir chercher mon enfant

Nom/Prénom	Lien de parenté	N°Téléphone	Adresse

En aucun cas M, Mme .....est autorisé à venir chercher mon enfant. (copie jugement de divorce)

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

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

Nous soussignés ..... responsables de l'enfant, adhérons gratuitement à l'association OPAL en tant que membres usagers (résiliation possible sur demande écrite) et déclarons avoir pris connaissance du règlement intérieur de la structure d'accueil, du projet pédagogique et les approuvons sans aucune restriction.

Fait à ....., le ..... Signature :