

les francas

L'éducation en mouvement!

FRANCAS DU DOUBS  
Centre de loisirs "Les Petits Mômes"  
rue Latron  
25750 ARCEY  
Téléphone : 03 81 93 59 01

Nom, prénom de l'enfant :  Né(e) le :

Adhésion le : ..... 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 : .....

**PARENTS DE L'ENFANT**

|                          | Mère | Responsable de l'enfant <input type="checkbox"/> | Père | Responsable de l'enfant <input type="checkbox"/> |
|--------------------------|------|--|------|--|
| Nom, Prénom :            |      |  |      |  |
| 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 : CAF DU DOUBS  Autre C.A.F. ....

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 : .....

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 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

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

Adresse : .....

Fait à ..... , le ..... Signature :