



# Fiche de renseignements Accueil de Loisirs « Grains de sable »



ALLOCATIONS  
FAMILIALES

Caf  
des  
Côtes d'Armor

## RENSEIGNEMENTS INDIVIDUELS

**NOM :** ..... **PRENOM :** .....  
 Date et Lieu de Naissance : ...../...../20..... à ..... Code Postal : .....  
 Adresse : ..... - 22.....  
 NOM du **MEDECIN** Traitant : ..... ☎ : 0.../.../.../.../.....

## RENSEIGNEMENTS FAMILIAUX

A cocher si changement de coordonnées, depuis la dernière inscription, à noter SVP en couleur différente

**NOM du PERE :** ..... **PRENOM :** .....  
 Adresse : ..... - 22.....  
 ☎ Dom : 0.../.../.../.../..... Portable : 0.../.../.../.../..... Travail : 0.../.../.../.../.....

**NOM de la MERE :** ..... **PRENOM :** .....  
 Adresse : ..... - 22.....  
 ☎ Dom : 0.../.../.../.../..... Portable : 0.../.../.../.../..... Travail : ...../.../.../.../.....

**RESPONSABLE LEGAL :**  PERE  MERE  Autre : .....  
 Mail : .....  
 Personne **PAYEUR :**  PERE  MERE  Autre : .....  
 Adresse du payeur si autre : .....

N° Allocataire CAF : .....  
 Quotient Familial / Quinocéen : ..... Joindre attestation à jour  
 N° de Sécurité Sociale du responsable : ..... / ..... / ..... / ..... / ..... Clé : .....  
 Assurance Responsabilité Civile extrascolaire (attestation à fournir)  
 Assureur : ..... N° du contrat : .....

## AUTORISATION PARENTALE

Je soussigné(e), Mme, Mr....., responsable légal de .....

- autorise l'enfant à participer aux activités de l'Accueil de Loisirs
- autorise le directeur à prendre les mesures nécessaires en cas d'accident et m'engage à prendre en charge les frais (hospitalisation, intervention chirurgicale, médecin, pharmacie...) et si nécessité, souhaite que mon enfant soit conduit à :

l'Hôpital.....  la Clinique.....

- autorise l'enfant à venir et rentrer seul  OUI  NON

- signale que la (les) personne(s) autorisée(s) à rechercher mon enfant, est (sont) :

NOM : ..... PRENOM : ..... ☎ : 0.../.../.../.../.....

NOM : ..... PRENOM : ..... ☎ : 0.../.../.../.../.....

NOM : ..... PRENOM : ..... ☎ : 0.../.../.../.../.....

NOM : ..... PRENOM : ..... ☎ : 0.../.../.../.../.....

- autorise la diffusion de photos de mon enfant sur des supports de communication utilisés par la Mairie ou par la presse régionale  OUI  NON
- m'engage à respecter les conditions d'organisation du centre, notamment les horaires.
- m'engage à régler l'inscription, à réception de la facture, auprès de la Trésorerie de Saint-Brieuc.

Le ...../...../2018

Signature :