

Cadre réservé à la direction :

- Vaccins CAF MSA Photos
 CE
 Conseil Départemental
 Autre :

Merci de coller
une photo
d'identité

L'enfant Nom : Prénom :
 Date de naissance : Lieu de naissance :
 Adresse :
 Code postal : Ville :

Le père Nom : Prénom :
 Date de naissance : Lieu de naissance :
 Adresse :
 Code postal : Ville :
 Profession : Employeur :

La mère Nom : Prénom :
 Date de naissance : Lieu de naissance :
 Adresse :
 Code postal : Ville :
 Profession : Employeur :

Situation Familiale :

- marié(e) divorcé(e) vie maritale célibataire veuf(ve)

Les numéros de téléphone : (parents : domicile – travail, famille... pour être joint à tout moment de la journée)

- 1°) ____/____/____/____/____ : Intitulé :
 2°) ____/____/____/____/____ : Intitulé :
 3°) ____/____/____/____/____ : Intitulé :
 4°) ____/____/____/____/____ : Intitulé :
 5°) ____/____/____/____/____ : Intitulé :

L'adresse mail :

Le régime social : C.A.F. M.S.A. Autre :

- N° d'allocataire :
- Joindre obligatoirement la photocopie du passeport ou autre (comité d'entreprise) pour être déduit ou remboursé

Le règlement intérieur :

Je soussigné(e) déclare avoir pris connaissance et accepte le règlement intérieur de l'A.C.C.E.M. « Les Copains d'Abord » organisé par l'Association Familles Rurales d'ORADOUR SUR GLANE.

Les pièces à joindre :

- Photocopie des vaccinations (carnet de santé)
- Photocopie du passeport C.A.F., M.S.A. ou Comité d'Entreprise, Conseil départemental
- Protocole allergique si nécessaire, ou ordonnance si traitement médical
- Fiche sanitaire de liaison en pièce jointe

Les accompagnants :

- Si l'enfant part seul : une autorisation faite par le responsable légal mentionnant le nom et prénom de l'enfant, la date de début et la date de fin, l'heure exacte de départ, signée et datée.
- Si l'enfant est accompagné(e) :

Nom et prénom de l'accompagnant	Lien de parenté	N° de téléphone
*		
*		
*		
*		

L'autorisation parentale :

Ayant pris connaissance du fonctionnement de l'accueil, je soussigné(e)

Responsable légal de l'enfant :

(Cocher les cases pour valider l'autorisation)

- Autorise mon enfant à participer aux différentes activités organisées par l'accueil.
- Décharge les organisateurs de toute responsabilité en cas d'accident qui pourrait survenir avant la venue et après le départ de l'accueil de loisirs.
- Autorise, en cas d'urgence, la directrice de l'A.C.M. Les Copains d'Abord à faire pratiquer les interventions chirurgicales et à faire prescrire tout traitement nécessaire à l'état de santé de mon enfant.
- M'engage à rembourser les honoraires médicaux et pharmaceutiques avancés par les organisateurs en raison des soins engagés.
- Autorise l'association à faire transporter mon enfant pour les besoins des activités de l'accueil :
 - En voiture individuelle (par les responsables de l'association ou par d'autres familles),
 - Par des moyens de transports collectifs (car, bus, train...).
- Atteste avoir été informé(e) des modalités d'organisation de l'accueil et/ou des mini-séjours auquel mon enfant est inscrit.
- Autorise l'Association Les Copains d'Abord à reproduire des photos de mon enfant dans le cadre des activités de l'accueil,
 - Pour la presse.
 - Pour son site internet
- Autorise l'Association Les Copains d'Abord à traiter sur support informatique les informations concernant mon adhésion à l'association. Je bénéficie d'un droit d'accès et de rectification aux informations me concernant.
- "J'autorise l'association « Les copains d'abord » 87520 Oradour sur Glane à recueillir des informations concernant mon droit au passeport jeunes 2018 auprès de la Caf de la Haute-Vienne afin de vérifier mon éligibilité et de simplifier mes démarches".***
- Certifie exacts les renseignements portés sur la présente fiche.

Fait à, le

Signature du responsable légal
ou des parents,
Lu et approuvé

