



Fiche de renseignements

PERISCOLAIRE & ACCUEIL LOISIRS

2...../2.....

Responsable : (destinataire facture)

Nom : _____

Prénom : _____

Adresse : _____

Commune : _____

Tél dom : _____

Tél port : _____

@ : _____

Date de naissance : _____

N° allocataire CAF : _____

Conjoint :

Nom : _____

Prénom : _____

Adresse : _____

Commune : _____

Tél dom : _____

Tél port : _____

@ : _____

Date de naissance : _____

N° allocataire CAF : _____

En cas de divorce ou de séparation des parents, indiquer qui a la charge de l'enfant : le père la mère.

Autre personne autorisée à récupérer le(s) enfant(s) (nourrice, grands parents, amis...) :

Nom : _____ Lien de Parenté : _____

Tél dom : _____ Tél port : _____

Nom : _____ Lien de Parenté : _____

Tél dom : _____ Tél port : _____

1er enfant : Nom : _____ Prénom : _____

Date de naissance : _____ Lieu de naissance: _____

J'autorise mon enfant de plus de 7 ans à repartir seul : OUI - NON

Votre enfant perçoit une allocation MDPH *: OUI - NON

2ème enfant : Nom : _____ Prénom : _____

Date de naissance : _____ Lieu de naissance: _____

J'autorise mon enfant de plus de 7 ans à repartir seul : OUI - NON

Votre enfant perçoit une allocation MDPH *: OUI - NON

3ème enfant : Nom : _____ Prénom : _____

Date de naissance : _____ Lieu de naissance: _____

J'autorise mon enfant de plus de 7 ans à repartir seul : OUI - NON

Votre enfant perçoit une allocation MDPH *: OUI - NON

* Si OUI, merci de nous fournir une attestation

Je déclare avoir reçu les différents règlements intérieurs et en accepte les conditions.

J'autorise les personnes responsables à faire transporter et soigner mon(mes) enfant(s) en cas d'accident.

J'autorise la parution de photo de mon(mes) enfant(s) (presse, page officielle Facebook et site internet ville de Vittel).

Je certifie sur l'honneur, l'exactitude des renseignements portés sur cette feuille.

Fait à Vittel, leSignature :