ACCUEIL COLLECTIF DE MINEURS ET PERISCOLAIRE

« POT'O'MOMES »
3b, Le Poteau
01200 INJOUX-GENISSIAT
potomome@orange.fr

PHOTO

FICHE DE RENSEIGNEMENTS
CANTINE -ACCUEIL DE LOISIRS- PERISCOLAIRE –CLUB LOISIRS

2022-2023

Enfant : ……
(Nom et prénom) ……

Date de naissance : …… Classe :……

Adresse : ……

Code postal : ……Ville :……

Téléphone maison : ……

N° sécu : ……
(auquel il est rattaché)

Relevez-vous du régime général de la CAF ?
- ☐ OUI
- ☐ NON

N°CAF :……
(Obligatoire, sinon préciser néant)

Quotient :

A	B	C	D	E	F

RESPONSABLES DE L'ENFANT

Père : (Nom et prénom)	**Mère** : (Nom et prénom)
Téléphone portable :	Téléphone portable :
Date de naissance :	Date de naissance :
Profession :	Profession :
Employeur :	Employeur :
Tél professionnel :	Tél professionnel :
Adresse internet :	Adresse internet :

Médecin traitant :	Tél :
Hôpital souhaité en cas d'urgence :	Tél :

Observations : (traitement médical, allergies, repas sans porc…)

……

……

SORTIE DES ENFANTS

Seuls les parents et personnes majeures mentionnées ci-après sont autorisés à venir chercher l'enfant. Nous nous réservons le droit de demander une carte d'identité .Ces personnes sont susceptibles d'être prévenues si les parents ne sont pas joignables .Une autre personne peut être autorisée à récupérer l'enfant si elle est munie d'une autorisation écrite des parents.

Nom prénom	Lien avec l'enfant	Téléphone

Y-a-t-il une personne interdite de visite ?

- □ OUI
- □ NON

L'inscription au centre « Pot'O'Mômes » implique pour chacun l'engagement de participer à la vie collective, aux services et activités prévus au programme et d'adhérer au règlement intérieur du centre.

Je soussigné(e), père, mère, tuteur (barrer la mention inutile)
(mettre une croix dans les cases)

□ Déclare avoir pris connaissance du règlement intérieur de la structure et accepte les modalités de fonctionnement, de paiement. Déclare accepter et respecter les horaires de fermeture du centre : et la durée maximale d'accueil fixée à 10 heures par jour.

□ Autorise le transport en bus, mini-bus, ou dans le véhicule personnel de toute personne salariée de Familles rurales ou de bénévoles.

□ Autorise le personnel à délivrer de l'arnica en crème en cas de bosses ou de l'apaisyl en cas de piqûres de guêpes.

□ Autorise la structure à consulter CAFPRO et à archiver si nécessaire les données dans le dossier de l'enfant.

□ Autorise le responsable du centre à diffuser mon adresse mail aux représentants des parents du comité de pilotage.

□ Autorise le responsable du centre à prendre le cas échéant toutes mesures rendues nécessaires par l'état de santé de mon ou mes enfants.

Fait à……le……..

Signature du père :
(Précédée de la mention « lu et approuvé »)

Signature de la mère :
(Précédée de la mention « lu et approuvé »)