



# FICHE FAMILLE

## ACCUEIL PERISCOLAIRE – ACCUEIL DE LOISIRS

Nom de l'Enfant : .....

Date de Naissance : ..... / ..... / .....

Prénom de l'Enfant : .....

Sexe : F o M o

Adresse : .....

CP : .....

.....

Commune : .....

### Nom et Adresse des responsables légaux

**Responsable 1** : o Mère o Père o Tuteur Légal

**Responsable 2** : o Mère o Père o Tuteur Légal

Nom – Prénom : .....

Nom – Prénom : .....

Adresse : .....

Adresse : .....

Cpostal : ..... Ville : .....

Cpostal : ..... Ville : .....

Profession : .....

Profession : .....

Employeur : .....

Employeur : .....

Tél fixe : ..... / ..... / ..... / ..... / .....

Tél fixe : ..... / ..... / ..... / ..... / .....

Port : ..... / ..... / ..... / ..... / .....

Port : ..... / ..... / ..... / ..... / .....

Tél travail : ..... / ..... / ..... / ..... / .....

Tél travail : ..... / ..... / ..... / ..... / .....

Mail : \_\_\_\_\_@\_\_\_\_\_

Mail : \_\_\_\_\_@\_\_\_\_\_

Si parents séparés :

Garde alternée oui  non

Famille d'accueil :

Autres enfants accueillis scolarisés sur Magné ou Coulon :

Nom – Prénom : .....

- Nom – Prénom : .....

Adresse : .....

- Nom – Prénom : .....

Cpostal : ..... Ville : .....

- Nom – Prénom : .....

### Couverture Sociale – Assurance

N° de Sécurité Sociale dont dépend l'enfant ..... - CPAM o MSA o Autre .....

### Régime

o CAF Numéro.....

o MSA Numéro .....

### Assurance Responsabilité Civile

Compagnie : ..... N°.....

Date : ..... / ..... / .....

Signature(s)

## Autorisations

### Personnes à prévenir en cas d'urgence (si vous n'êtes pas joignables) :

Nom – Prénom : .....

Tél 1 : ..... Tél 2 : .....

Nom – Prénom : .....

Tél 1 : ..... Tél 2 : .....

Nom – Prénom : .....

Tél 1 : ..... Tél 2 : .....

	OUI	NON
- L' enfant participera aux sorties proposées dans le cadre de l'accueil de Loisirs	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Le CSCM, dans le cadre de sa communication interne et externe peut diffuser les photos prises lors des activités sur lesquelles peut figurer votre enfant.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- L'enfant est autorisé à rentrer seul à la fin des activités (si oui, merci de fournir une attestation)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Le CSCM est autorisé à utiliser votre numéro d'allocataire CAF pour consulter le service qui délivre le montant de votre quotient familial pour définir vos tarifs (pour les ressortissants MSA - merci de nous fournir l'attestation que vous recevez en début d'année civile)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Le CSCM est autorisé à utiliser mon adresse mail pour m'envoyer la newsletter et/ou les programmes d'accueil de loisirs	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

***En cas d'accident ou de maladie, le Centre s'efforce de prévenir les parents le plus rapidement possible. En cas de nécessité ou sur orientation des services de secours le centre pourra être amené à conduire l'enfant au service d'urgence le plus proche***

Nous autorisons, au préalable, toute intervention chirurgicale jugée nécessaire par les médecins du fait de l'état de santé de mon enfant, **pour le cas où aucun des deux parents ne pourrait être joint en temps utile pour être présent ou pour consentir à cette intervention.**

Nous autorisons le Centre, **en cas d'indisponibilité absolue des deux parents**, à reprendre l'enfant à la sortie de l'Établissement de santé.

Fait à : ..... Le : .....

Signature précédée de la mention « lu et approuvée »

