

FAMILLE

Responsable Légal	
Civilité	<input type="text"/>
Nom d'usage	Prénom
<input type="text"/>	<input type="text"/>
Qualité	Situation Familiale
<input type="text"/>	<input type="text"/>
Code postal	Ville
<input type="text"/>	<input type="text"/>
Adresse	
<input type="text"/>	
Téléphone Domicile	Téléphone Professionnel
<input type="text"/>	<input type="text"/>
Téléphone Portable	Email
<input type="text"/>	_____@_____
Profession	Employeur
<input type="text"/>	<input type="text"/>
Adresse Employeur	
<input type="text"/>	

Conjoint(e) (Père ou mère)	
Civilité	<input type="text"/>
Nom	Prénom
<input type="text"/>	<input type="text"/>
Qualité	Autorité Parentale
<input type="text"/>	<input type="text"/>
Téléphone Domicile	Téléphone Professionnel
<input type="text"/>	<input type="text"/>
Téléphone Portable	Email
<input type="text"/>	_____@_____
Profession	Employeur
<input type="text"/>	<input type="text"/>
Adresse si différente du responsable Légal	
<input type="text"/>	

Données CAF

Identifiant Personnel (H si enfant handicapé)

Allocataire CAF n° Allocataire _____ QF

Allocataire MSA n° Allocataire _____ QF

ENFANT

Nom	Prénom	sexe	Date de Naissance	Lieu de naissance
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Scolarité (école)				
<input type="text"/>				

Données Complémentaires (cocher si accord)

Autorisation de sport
 Autorisation de prise de vue
 Autorisation à partir seul
 Autorisation de baignade
 Autorisation de maquillage

Port de lunettes
 Port d'un appareil dentaire
 Port d'un appareil auditif
 l'enfant sait-il nager

non oui

Pratiques alimentaires

(A cocher)

Sans sel sans porc sans sucre
 sans viande sans arachide sans lait
 PAI Autres _____

Je soussigné (e) _____, responsable légal de l'enfant, nom _____
 donne mandat à :

NOM	Prénom	Lien de parenté	Adresse		Téléphone
				1	
				2	
NOM	Prénom	Lien de parenté	Adresse		Téléphone
				1	
				2	
NOM	Prénom	Lien de parenté	Adresse		Téléphone
				1	
				2	

Je décharge en conséquence le Centre Intercommunal d'Action Sociale Privas Centre Ardèche de toute responsabilité dès lors que l'enfant mentionné a été remis à l'une des personnes mentionnées. Je suis informé que je peux révoquer les mandats consentis au titre du présent formulaire à tout moment, la révocation devant être écrite et prenant effet le lendemain du jour où elle est reçue .

Accueil de Loisirs Sans Hébergement

AUTOMNE 2016
Date
Signature

HIVER 2017
Date
Signature

PRINTEMPS 2017
Date
Signature

ÉTÉ 2017	
JUILLET	AOÛT
Date	Date
Signature	Signature

Maison Des Jeunes Chomérac

2016
Date
Signature

2017
Date
Signature