



Photo
d'identité
récente
à coller

FICHE DE RENSEIGNEMENTS 2018/2019

ÉTAT CIVIL DE L'ENFANT

NOM : PRÉNOM :
Né(e) le : A : Âge : Classe :
Lieu de scolarisation (Ecole et ville) :

RESPONSABLE LÉGAL 1 : Père Mère Autre :

Nom : Prénom : Né(e) le :
Adresse :
Code Postal : Ville :
Profession: Tél. Professionnel : Tél. Domicile :
Tél. Portable : Email :@.....

RESPONSABLE LÉGAL 2 : Père Mère Autre :

Nom : Prénom : Né(e) le :
Adresse :
Code Postal : Ville :
Profession: Tél. Professionnel : Tél. Domicile :
Tél. Portable : Email :@.....

INFORMATIONS COMPLÉMENTAIRES OBLIGATOIRES

Situation de famille : **Célibataire - Marié(e) - Divorcé(e) - Vie Maritale - Séparé(e) - Pacsé(e) -**

N° Sécurité Sociale (où figure l'enfant) :

N° Allocataire CAF:

Nom du Médecin : Tél. :

SERVICE ENFANCE - JEUNESSE

2-4 rue du Mont Louvet – 91640 FONTENAY LES BRIIS - Tél. : 01.64.90.73.82
Email : centredeloisirs@cc-paysdelimours.fr www.cc-paysdelimours.fr

RENSEIGNEMENTS CONCERNANT L'ENFANT**(traitement médical, maladie, crises convulsives, asthme, énurésie, régime alimentaire ...)****Allergies connues** (Alimentaires ou médicamenteuses) ou **copie du P.A.I OBLIGATOIRE** :Personnes autorisées à venir chercher l'enfant :

NOM	PRÉNOM	TÉLÉPHONE	LIEN AVEC LA FAMILLE

Personne à prévenir en cas d'urgence (autres que parents):

CALCUL QUOTIENT FAMILIAL (Ne pas remplir)

Revenu Brut Global :

NB de parts :

Tranche :

Calcul du QF = (Revenu Brut Global ÷ Nbre de parts fiscales) / 12

QF =

	QF1	QF2	QF3	QF4	QF5	QF6
Q. F.	0 à 599,99	600 à 999,99	1000 à 1199,99	1200 à 1499,99	1500 à 1599,99	1600 et plus

AUTORISATIONS PARENTALES

Je soussigné(e), Madame, Monsieur,, en qualité de mère / père responsable légal de l'enfant, (nom et prénom de l'enfant).....

- Accepte que mon enfant soit photographié et donne autorisation à la CCPL d'utiliser les clichés pour sa communication,
- Autorise mon enfant, à participer à toutes les activités organisées par le service Enfance-Jeunesse, y compris les sorties,
- Autorise le directeur du centre et le médecin consulté, en cas d'accident, à prendre toutes les dispositions rendues nécessaires par l'état de l'enfant (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale).

Je déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et avoir pris connaissance du règlement intérieur de l'accueil de loisirs de Soucy.

Date :

SIGNATURE du représentant légal
(Précédée de la mention « Lu et approuvé »)