



## SECTEUR JEUNES 11-17 ANS

### FICHE DE RENSEIGNEMENT

Année scolaire 2016-2017  
Vacances d'été 2017

#### Identité des enfants inscrits:

NOM	Prénom	Masculin/ Féminin	Date de naissance	Lieu de naissance	Etablissement scolaire fréquenté

Adresse de(s) enfant(s):.....

Nombre d'enfants à charge dans le foyer:.....

**SITUATION FAMILIALE:**       marié(e)       séparé(e)       divorcé(e)  
    pacsé(e)       union libre

**Responsable légal 1:** NOM/Prénom:..... Profession:.....

Date et lieu de naissance:.....

Adresse:.....

Tél. Domicile:..... Tél. Travail: ..... Tél portable:.....

Adresse mail:.....

**Responsable légal 2:** NOM/Prénom..... Profession:.....

Date et lieu de naissance:.....

Adresse:.....

Tél. Domicile:..... Tél. Travail: ..... Tél portable:.....

Adresse mail:.....

**NOM et adresse de votre Assureur :** .....

**N° de Contrat** .....

*(vérifiez auprès de votre assureur que votre enfant est couvert en responsabilité civile pour les temps scolaires et périscolaires)*

#### **PRESTATIONS FAMILIALES:**

Si carte loissoleil CAF N° d'allocataire: .....

**CONTRE-INDICATIONS ALIMENTAIRES:**.....

**ALLERGIES:**.....

En cas d'allergie alimentaire avérée nécessitant un traitement médical particulier et afin que l'on puisse accueillir votre enfant en cantine en toute sécurité il est obligatoire de fournir un PAI (Protocole d'Accueil Individualisé) dès la première semaine de la rentrée. Ces documents sont à transmettre au Bureau de la Vie Scolaire.

Pour tout renseignement vous pouvez contacter le Bureau de la Vie Scolaire qui vous indiquera la démarche à suivre tél : 04 67 85 55 26.

# Autorisations Parentales

**Si des dispositions particulières existent (autorité parentale exclusive, limite du droit de visite, conditions de transport liées à cet exercice), fournir la photocopie du jugement qui le précise.**

Je soussigné(e), Monsieur, Madame (1).....  
Demeurant.....  
Agissant en qualité de Père, Mère et/ou représentant légal (1) des enfants:

.....  
.....  
.....

**Autorise le personnel municipal à:**

- **Laisser** mon/mes enfants (2) .....partir seul en totale autonomie au niveau de ses horaires et de la durée de ses présences.
- **Faire participer** mon/mes enfants à toutes les animations mises en place dans le cadre de l'Accueil collectif de mineurs.
- **Utiliser** avec mon/mes enfants les différents moyens de transport proposés par les équipes pour se déplacer sur les animations.
- **Faire transporter** mon/mes enfants dans un véhicule de la ville par le personnel municipal.
- **En cas d'urgence**, faire hospitaliser mon/mes enfants au centre hospitalier le plus proche et faire pratiquer les soins, examens et interventions nécessaires.

**J'autorise mon/mes enfants à être photographiés ou filmés sur les temps d'animation des différents accueils collectifs de mineurs et autorise la ville de Fabrègues à utiliser les images à titre gratuit. L'autorisation est valable pour tous les supports d'information de la commune et de la presse locale (communication sur l'action communale).**

OUI                       NON

**Je reconnais avoir pris connaissance des règlements de fonctionnement de l'ALSH, en accepter tous les termes et m'engage à les respecter.**

**Signature du ou des responsables légaux** ( préciser père, mère et/ou représentant légal)

A..... Le...../...../.....  
Lu et approuvé, bon pour accord

(1) *Rayer les mentions inutiles*  
(2) *Préciser les prénoms et noms des enfants concernés*