



FRANCAS DU DOUBS Pelousey  
Grande Rue  
25170 PELOUSEY  
Tél :06 33 84 96 48/ Fax :  
francas.pelousey@orange.fr

Adhésion le : .....

Né(e) le : .....

Sexe :

M

F

Ecole : .....

Enseignant : .....

Classe : .....

L'enfant sait-il nager ?

OUI

NON

Piscine autorisée :

OUI

NON

Régime alimentaire : .....

Date de dernière mise à jour du carnet de santé .....

Allergies : .....

Recommandations des parents : .....

#### PARENTS DE L'ENFANT

	Mère	Responsable de l'enfant <input type="checkbox"/>	Père	Responsable de l'enfant <input type="checkbox"/>
Nom, Prénom :				
Adresse du domicile :				
Tél. Domicile/Portable :				
Courriel :				
N° Sécurité sociale :				

Personnes à joindre en cas d'urgence (Nom+Téléphone) : .....

N° Allocataire C.A.F. : .....

Régime social : .....

C.A.F. d'appartenance :

CAF DU DOUBS

Autre C.A.F. .....

Revenu mensuel .....

Nbre Enfants à charge : .....

Famille :

Parentale

Monoparentale

Recomposée

Accueil

Même sexe

#### NOM ET ADRESSE DES EMPLOYEURS

	Mère	Père
Nom employeur :		
Adresse de l'employeur :		
Téléphone Travail :		

Je certifie que mon enfant bénéficie d'une assurance scolaire et extrascolaire

Nom de la compagnie : .....

N°Téléphone .....

N°Contrat : .....

J'autorise mon enfant, à rentrer seul à la fin des activités

OUI

NON

Si Non, nom de la ou des personnes susceptibles de venir chercher mon enfant

Nom/Prénom	Lien de parenté	N°Téléphone	Adresse

En cas d'accident ou incident, j'autorise les responsables de la structure à prendre toutes les mesures nécessaires pour la sécurité, la santé et la moralité de mon enfant

Pendant les activités, j'autorise le personnel de l'association à photographier et/ou à filmer mon enfant pour la création de souvenirs et d'archives. OUI  NON

J'autorise l'association à utiliser ces supports pour sa promotion et son information (presse et journaux locaux, nouveau média, affiches...) OUI  NON

Médecin traitant : Nom : .....

Téléphone .....

Adresse : .....

Fait à .....

, le .....

Signature :