



Accueil de Loisirs "La Buissonnière"

20 rue Charles Gounod 67550 VENDENHEIM
Tél: 03 88 59 46 99 - Mail: buissonniere@opal67.org

Nom, prénom de l'enfant : Né(e) le :

Ecole : Classe

Régime alimentaire : Standard Sans porc Végétarien

Famille : Parentale Monoparentale Recomposée

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 : | | | | |
| Numéro en cas d'urgence | | | | |

Personne à joindre en dehors des parents : Nom + Téléphone :

NOM ET ADRESSE DES EMPLOYEURS

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

En cochant cette case je demande que la facture me soit transmise par courriel

N° Allocataire C.A.F. :

C.A.F. d'appartenance : CAF MSA 67 Autre C.A.F.

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

J'autorise mon enfant à quitter l'accueil àH.....

L'enfant sait-il nager ? OUI NON Piscine autorisée : OUI NON

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

Si Non, nom de la ou des personnes susceptibles de venir chercher mon enfant (hormis les parents) :

| Nom/Prénom | Lien de parenté | N° Téléphone | Autorise : A l'année / sur demande mail |
|------------|-----------------|--------------|---|
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

En aucun cas, M. et/ou Mme..... n'est autorisé(e) à chercher mon enfant.
(joindre copie du jugement ou motif confidentiel écrit)

Je soussigné(e) responsable de l'enfant, adhère gratuitement à l'association OPAL en tant que membre usager (résiliation possible sur demande écrite) et déclare avoir pris connaissance du règlement intérieur de la structure et l'approuve sans aucune restriction.

Fait à , le Signature :