



Accueil de Loisirs Péri et Extrascolaire

Nom, prénom de l'enfant Né(e) le :

Ecole : Classe

N° Allocataire C.A.F. :

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

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				

Famille : Parentale Monoparentale Recomposée

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

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

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

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

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

Nom/Prénom	Lien de parenté	N°Téléphone	Adresse

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

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

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 :