

Nom Prénom de l'enfant	Date naissance	Ecole – Classe	Instituteur

REGIME ALIMENTAIRE

sans porc

sans viande

Quotient Familial : _____

<u>PERE</u> : Nom - Prénom - Adresse	<u>MERE</u> : Nom - Prénom - Adresse
Téléphone	Téléphone

N° Allocataire CAF : _____

Mail : _____

<u>PERE</u> : Nom - adresse de l'Employeur	<u>MERE</u> : Nom - adresse de l'Employeur
Téléphone Pro.	Téléphone Pro.

Nom des personnes autorisées à venir chercher l'enfant

Nom et Prénom	Lien de Parenté	Tél

* J'autorise mon enfant à rentrer seul à la fin des activités périscolaires/CLSH :

Oui Non

* **Droit à l'image** : dans le cadre des activités organisées par le Centre Socio Culturel, l'équipe pédagogique prend des photos des enfants ou réalise occasionnellement des vidéos où les enfants apparaissent à l'image.

J'autorise le personnel du C.S.C. à photographier ou filmer mon (mes) enfant(s) durant les activités : Oui Non

* J'ai pris connaissance et j'accepte les conditions du **règlement intérieur** (périscolaire, mercredis récréatifs, CLSH) : Oui

* En cas d'accident et dans l'impossibilité de me joindre, j'autorise les responsables à prendre toutes les mesures nécessaires pour la sécurité de mon enfant et à le transporter, en cas d'urgence, chez le médecin ou à l'hôpital, le plus proche.

Médecin traitant (nom/adresse/ tél) : _____

Fait à Serémange-Erzange, le

Signature