

# FICHE D'INSCRIPTION

## Centre aéré - automne 2025

### ENFANT 1

Sexe :            Fille     Garçon

Nom & Prénom : .....

Date de naissance : .....

### ENFANT 2

Sexe :            Fille     Garçon

Nom & Prénom : .....

Date de naissance : .....

N° Allocataire CAF : \_\_\_\_\_ Quotient Familial : \_\_\_\_\_ Régime alimentaire : Sans porc  Sans Viande

Semaine(s) souhaitée(s) : .....

J'autorise mon enfant à rentrer seul à la fin des activités du centre aéré :    OUI  NON

Droit à l'image : j'autorise le personnel du C.S.C. à photographier ou filmer mon (mes) enfant(s) durant les activités :    OUI  NON

### PARENT 1

Nom : .....

Prénom : .....

Adresse : .....

Téléphone : .....

Mail : .....

Nom de l'entreprise : .....

Adresse : .....

Numéro pro : .....

### PARENT 2

Nom : .....

Prénom : .....

Adresse : .....

Téléphone : .....

Mail : .....

Nom de l'entreprise : .....

Adresse : .....

Numéro pro : .....

### SANTÉ

Nom du médecin traitant : .....

Adresse : .....

Téléphone : .....

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.

### PERSONNES AUTORISÉES À RÉCUPÉRER L'ENFANT

Nom & Prénom

Téléphone

Lien de parenté

Nom & Prénom

Téléphone

Lien de parenté

J'ai pris connaissance et j'accepte les conditions du règlement intérieur du centre aéré : OUI

Fait à : ....., le .....

Signature :