

ENFANT		
NOM	PRENOM	DATE DE NAISSANCE
Ecole / Classe :		

COORDONNEES DES PARENTS OU RESPONSABLES		
Parent 1	Parent 2	Autre représentant légal
NOM	NOM	NOM
Prénom	Prénom	Prénom
Adresse	Adresse (si différente)	Adresse (si différente)
Tél domicile	Tél domicile (si différent)	Tél domicile (si différent)
Tél portable	Tél portable	Tél portable
Tél travail	Tél travail	Tél travail

COORDONNEES DU PARENT ALLOCATAIRE			
NOM Prénom	N° CAF ou MSA (obligatoire)	Quotient Familial	En date du

ADRESSE E.MAIL DU REPRESENTANT LEGAL

ASSURANCE RESPONSABILITE .CIVILE	COMPAGNIE	N° CONTRAT

**PERSONNES AUTORISEES A VENIR CHERCHER VOTRE ENFANT** (autre que les parents)

NOM : ..... lien..... Tél : .....  
 NOM : ..... lien..... Tél : .....  
 NOM : ..... lien..... Tél : .....

Aucun enfant ne sera confié à une personne non autorisée par écrit à venir le chercher.

Si l'un des deux parents n'est pas autorisé par décision de justice à venir chercher l'enfant, une copie de cette décision doit être fournie.

*L'enfant est sous la responsabilité de l'association durant l'ouverture du centre. Elle ne peut en aucun cas être tenue responsable d'accident survenant en dehors des heures d'ouverture.*

**AUTORISATIONS :**

Je, soussigné (e)..... i père / mère / tuteur

- > autorise mon enfant à quitter seul le centre : **oui** si oui à partir de quelle heure ..... **non**
- > donne mon accord pour la pratique des activités qui sont normalement prévues Oui Non
- > autorise le C.A.R. à utiliser la photo de mon (mes) enfant(s) - pour une communication interne(panneau d'affichage Oui Non  
 - pour une communication externe (presse)
- > autorise le directeur du centre à prendre toutes les mesures nécessaires en cas d'accident ou de maladie, les lieux d'hospitalisation étant décidés par les structures d'urgence.

Fait à ..... Le ..... **Signature (valide les règlements intérieurs) :**