

MAISON POUR TOUS " LA BORDERIE"

Affiliée à la Ligue de l'Enseignement Fédération des Oeuvres Laïques de la Moselle

PÔLE ENFANCE ET JEUNESSE

1 rue Victor Hugo - 57240 NILVANGE

Tél./Fax : 03 57 32 36 80

Mail : espacejeunes.nilvange@gmail.com

FICHE DE RENSEIGNEMENT "PRE-ADOS / ADOS"

Nom, prénom : Né(e) le :

Lieu de naissance :

Tél. Portable de l'adhérent :

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

Régime alimentaire : Dernière mise à jour du carnet de santé

Allergies :

Recommandations des parents :

.....

Famille : Parentale Monoparentale Recomposée Accueil

PARENTS

	Mère <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Responsable <input type="checkbox"/>	Père <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Responsable <input type="checkbox"/>
Nom, Prénom :						
Adresse du domicile :						
Tél. Domicile/Portable :						
Courriel :						
N° Sécurité sociale :						

Personnes à joindre en cas d'urgence (Nom+Téléphone) :

Nom et adresse de facturation :

N° Allocataire C.A.F. : Régime social :

C.A.F. d'appartenance : CAF DE LA MOSELLE Autre C.A.F.

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 l'assurance : N°Téléphone N°Contrat :

PERSONNES AUTORISEES A RECUPERER L'ADHERENT :

Nom/Prénom	Lien de parenté	N°Téléphone	Adresse

Pendant les activités, j'autorise le personnel de l'association à photographier et/ou filmer mon enfant pour la création de souvenirs et d'archives. OUI NON

En cas d'accident ou d'incident, j'autorise les responsables de la structure à prendre toutes les mesures nécessaires pour la sécurité, la santé et la moralité de mon enfant.

Médecin traitant : Nom : Téléphone

Adresse :

Fait à, le Signature :