

## 1. L'ENFANT

Nom: ..... Prénom .....

Date de naissance: ..... Lieu..... sexe : M F

Établissement scolaire : ..... Classe : .....

## 2. ETAT CIVIL DES RESPONSABLES

	Responsable 1	Responsable 2	Autre ( famille d'accueil...)
Nom	.....	.....	.....
Prénom	.....	.....	.....
Adresse	.....	.....	.....
Profession	.....	.....	.....
<b>Date de naissance</b>	.....	.....	.....
Tél port.	.....	.....	.....
Tél prof.	.....	.....	.....
e-mail	.....	.....	.....

Adresse de facturation (si différente de l'adresse du responsable légal) : .....

**Résidence de l'enfant :**

Chez les parents      ou    chez la mère      ou    chez le père      ou    autre (préciser).....

Autorité parentale conjointe      oui      non      Si non, joindre photocopie du jugement

n° d'allocataire CAF : .....

ou n° MSA : .....

Si vous ne percevez pas d'allocations familiales, de quel régime de sécurité sociale dépendez-vous : .....

Etes-vous bénéficiaire d'une aide aux temps libre CAF ou MSA :    oui      non

**Joindre le justificatif pour application du tarif, QF :** .....

## 3. AUTORISATIONS

Je soussigné(e).....,

- Autorise mon enfant à participer aux activités proposées par la CCHB dans le cadre de l'ALSH. oui      non
  - Autorise mon enfant à prendre un moyen de transport commun pour les sorties pédagogiques oui      non
  - Autorise le responsable des activités à faire soigner et pratiquer les interventions d'urgence par le médecin consulté. oui      non
  - Assure que mon enfant ne présente aucune contre-indication à la pratique des activités proposées (sport etc...) oui      non
  - Autorise mon enfant à rentrer seul à son domicile : oui      non
- Autorise les personnes citées ci-dessous à venir récupérer mon enfant à l'ALSH (pensez à vous munir d'une carte d'identité) :

Nom Prénom	Adresse	Téléphone
.....	.....	.....
.....	.....	.....
.....	.....	.....

**Contact d'urgence à appeler en dehors des parents :** Nom Prénom : ..... Téléphone : .....

A pris connaissance et accepte le règlement intérieur ci-joint.  
Atteste sur l'honneur l'exactitude des informations transmises ci-après.

Fait le..... à.....

Signatures du ou des responsables légaux :

Date de réception de

