

FRANCAS BEURE  
 PLACE JEAN GRAPPIN  
 25720 BEURE  
 Tél :06 07 57 49 69  
 francasdebeure@gmail.com

Nom, prénom de l'enfant  Né(e) le :

Ecole : ..... Enseignant : ..... Classe .....

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

Régime alimentaire : ..... Date de dernière mise à jour du carnet de santé.....

Allergies : .....

Médecin traitant Nom : ..... Téléphone .....

Adresse : .....

Recommandations des parents : .....

**PARENTS DE L'ENFANT**

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

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

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

C.A.F. d'appartenance : CAF DU DOUBS  Autre C.A.F. ....

Famille : Parentale  Monoparentale  Recomposée  Accueil

**NOM ET ADRESSE DES 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 la compagnie : ..... N°Téléphone ..... N°Contrat : .....

J'autorise mon enfant, à rentrer seul à la fin des activités  OUI  NON

Si Non, nom de la ou des personnes susceptibles de venir chercher mon enfant

Nom/Prénom	Lien de parenté	N°Téléphone	Adresse

En cas d'accident ou 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

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

OUI  NON

J'autorise l'association à utiliser ces supports pour sa promotion et son information (presse et journaux locaux, nouveau média, affiches...)

OUI  NON

Fait à ..... , le ..... Signature :