



ACCUEIL DE LOISIRS MUNICIPAL DE CREUZIER-LE-NEUF

19 rue de la Mairie – 03300 CREUZIER-LE-NEUF
Tél. : 06.22.27.45.08 / Mail : accueildeloisirscln@orange.fr



FICHE FAMILLE 2024 / 2025

Famille : Adresse mail :

Adresse postale :

Nom et prénom **PARENT 1** :

Tél domicile : Tél mobile : Tél professionnel :

Profession : Employeur :

Nom et prénom **PARENT 2** :

Tél domicile : Tél mobile : Tél professionnel :

Profession : Employeur :

Situation familiale des parents : Mariés/Pacsés/en couple Divorcés/séparés Veuf(ve)

Nombre d'enfants à charge :

Numéro Allocataire CAF Allier : Nom du bénéficiaire :

Personnes à prévenir en cas d'urgence et ayant droit de venir chercher mon (mes) enfant(s) :

Nom, prénom : Lien de parenté : Tél.....

Nom, prénom : Lien de parenté : Tél.....

Nom, prénom : Lien de parenté : Tél.....

ENFANT 1 :

Nom : Prénom : Date de naissance :

Ecole fréquentée : Classe :

J'autorise mon enfant de + de 8 ans à rentrer seul

Période de fréquentation du centre de loisirs (à titre informatif) :

Périscolaire

Mercredis

SANTE

Médecin traitant..... Tél.....

Vaccinations : joindre copie du carnet de santé

Vaccins à jour

Difficultés de santé :

Allergies : Alimentaires

Asthme

Médicamenteuse

P.A.I (demander le document)

Remarques supplémentaires :

Maladies :

Rougeole

Oreillons

Rubéole

Scarlatine

Coqueluche



ACCUEIL DE LOISIRS MUNICIPAL DE CREUZIER-LE-NEUF

19 rue de la Mairie – 03300 CREUZIER-LE-NEUF
Tél. : 06.22.27.45.08 / Mail : accueildeloisirscln@orange.fr



ENFANT 2 :

Nom : Prénom : Date de naissance :

Ecole fréquentée : Classe :

J'autorise mon enfant de + de 8 ans à rentrer seul

Période de fréquentation du centre de loisirs (à titre informatif) :

Périscolaire Mercredis

SANTE

Médecin traitant..... Tél.....

Vaccinations : joindre copie du carnet de santé

Vaccins à jour

Difficultés de santé :

Allergies : Alimentaires Asthme Médicamenteuse

P.A.I (demander le document)

Remarques supplémentaires :

Maladies :

Rougeole Oreillons Rubéole Scarlatine Coqueluche

AUTORISATIONS

- Prise en photo pour communication interne (rapport d'activités, expo...)
- Pris en photos ou vidéos pour communication extérieurs (journal, internet...)
- Autoriser la prise de toute mesure nécessaire concernant la santé de (des) enfant(s), y compris une hospitalisation ou une intervention chirurgicale après consultation du corps médical
- Participation aux sorties organisées par l'accueil de loisirs
- Transport en minibus ou autocar

RGPD

- Déclare avoir pris connaissance du règlement intérieur de l'A.C.M. et m'engage à le respecter
 - Autorise la direction de l'A.C.M. à utiliser mon numéro d'allocataire CAF pour les données financières du foyer permettant de paramétrer la facturation
 - J'ai noté que les informations recueillies sur ce formulaire sont enregistrées dans un fichier informatisé par la direction pour établir la facturation (conservées 3 ans)
- Conformément à la loi informatique et liberté, vous pouvez exercer le droit aux données vous concernant et les faire rectifier en contactant l'équipe de direction.

Date :

Signature :

DOCUMENTS OBLIGATOIRES

- Attestation d'assurance responsabilité civile et individuelle accident
- Dernier avis d'imposition du foyer ou N° CAF
- Être à jour des règlements de vos factures