|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| |  | | --- | | Né(e) le / /  à …………………  Age : ans  Sexe : M F |   NOM : …………………………………… Prénom :…………………………………….  Adresse (complète) : ………………………………………………………………………  ………………………………………………………………………………………………..  Ecole : ……………………… Classe : …………………………………   |  | | --- | |  |   Téléphone :   |  | | --- | |  |   Nom et numéro d’assurance de l’enfant : |

|  |
| --- |
| FORMULAIRE D’INSCRIPTION A L’ACCUEIL DE LOISIRS DE HAILLES/THEZY-GLIMONT  **ANNEE 2021**  Merci de remplir UN formulaire par enfant et le retourner auprès du/de la directeur.trice |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Renseignements | Responsable légal 1 | Responsable légal 2 | Nombre et âges  des frères et sœurs :  ……………………………..  ……………………………..  ……………………………..  …………………………….. |
| NOM – Prénom |  |  |
| Né(e) le |  |  |
| Profession |  |  |
| N° de téléphone  Fixe :  Portable :  Travail : |  |  |
| Adresse mail : |  |  | Quotient Familial (en octobre 2020):  …………………........ |
| N° Sécurité Sociale |  |  |
| Êtes-vous affiliés au :  Régime Général (CAF) : Oui Non Régime Agricole (MSA) : Oui Non  N° d’Allocataire : ……………………….…………………… Autre (à préciser) :………………….…………………………  Adresse de la caisse d’allocation : ……………………………………………………………………………………………. | | | |
| Mutuelle :  Adresse : ………………………………………………………………………………………………………………………… | | | |
| Personne à prévenir en cas d’urgence :  NOM – Prénom : …………………………………………………………………………………………………………………  Adresse : ………………………………………………………………………………………………………………………….  Téléphone : ………………………………………………………………………………………………………………………. | | | |
| Votre enfant part-il seul ? 🞏 Oui 🞏 Non  **Si non**, avec qui l’enfant peut partir ?  M., Mme, Mlle …………………………………………..  M., Mme, Mlle …………………………………………..  M., Mme, Mlle …………………………………………..  M., Mme, Mlle ………………………………………….. | | | |





# **AUTORISATIONS PARENTALES**

Je soussigné(e) Mr, Mme, Melle ………………………………………….

🞏 autorise

🞏 n’autorise pas

la captation et la diffusion des photos de mon/mes enfant(s) réalisées dans le cadre des activités de l’Accueil de Loisirs de la commune de …………………...

Je reconnais avoir connaissance de l’utilisation qui en sera faite : expositions, illustration d’articles de presses, activités artistiques et visuelles, site web, blog, brochure sur les activités de l’association départementale des Francas de la Somme.

🞏 autorise

🞏 n’autorise pas

les organisateurs à prendre toutes les mesures nécessaires en cas d'urgence médicale (traitements médicaux, hospitalisations, interventions chirurgicales …)

Date : Signature :

**REMARQUES :**

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

**Merci de joindre :**

* **Fiche sanitaire (ci jointe)**
* **Photocopie du carnet de santé ou carnet de vaccination de l’enfant (pour l’année)**