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. : 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

	Rep. légal 1 **Responsable** ☐	**Rep. légal 2** **Responsable** ☐
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

	Rep. légal 1	**Rep. légal 2**
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 :**