

L'ENFANT

Nom : _____ Prénom : _____
 Date de naissance : ____ / ____ / ____ Téléphone personnel : ____ / ____ / ____ / ____ / ____
 Adresse du domicile : _____
 Code postal : _____ Commune : _____
 Mail (pour correspondance et envoi de programme) : _____

RESPONSABLE 1

(adresse de facturation)

Lien de parenté : _____
 Nom : _____
 Prénom : _____
 Tél. domicile : ____ / ____ / ____ / ____ / ____
 Tél. portable : ____ / ____ / ____ / ____ / ____
 Tél. travail : ____ / ____ / ____ / ____ / ____
 Adresse : _____
 C.P. : _____ Commune : _____
 Mail : _____

RESPONSABLE 2

Lien de parenté : _____
 Nom : _____
 Prénom : _____
 Tél. domicile : ____ / ____ / ____ / ____ / ____
 Tél. portable : ____ / ____ / ____ / ____ / ____
 Tél. travail : ____ / ____ / ____ / ____ / ____
 Adresse : _____
 C.P. : _____ Commune : _____
 Mail : _____

AUTORISATION DE SORTIE DE L'ENFANT

Mon enfant est en activité, il est libre de quitter la structure : oui non

Dès lors que la case OUI est cochée, alors le jeune est libre de quitter seul l'activité et les organisateurs ne sont en aucun cas responsables, même pour une sortie d'un court moment.

LISTE DES PERSONNES AUTORISÉES À VENIR CHERCHER L'ENFANT

Nom et prénom	N° téléphone	Lien de parenté
_____	____ / ____ / ____ / ____ / ____	_____
_____	____ / ____ / ____ / ____ / ____	_____
_____	____ / ____ / ____ / ____ / ____	_____
_____	____ / ____ / ____ / ____ / ____	_____
_____	____ / ____ / ____ / ____ / ____	_____

• Si une personne non mentionnée dans cette liste vient chercher mon enfant, elle devra présenter une attestation écrite de ma part • Il sera demandé de présenter un justificatif d'identité afin de récupérer l'enfant •

RÉGIME DE SÉCURITÉ SOCIALE (cocher une seule case)

- Régime général, n° d'allocataire : _____ Nom du bénéficiaire : _____
- MSA, n° d'allocataire : _____ Nom du bénéficiaire : _____

RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX

Allergies, précisez la cause de l'allergie et la conduite à tenir (si automédication, le signaler) :

Difficultés de santé (maladie, accident, crises convulsives, hospitalisation, opération, rééducation) :

Préciser les dates et les précautions à prendre : _____

Recommandations utiles : _____

Nom du médecin : _____ Tél. : _____ / _____ / _____ / _____ / _____

PIÈCES À JOINDRE OBLIGATOIREMENT

- Règlements intérieurs signés des structures
- Passport CAF 2020/2021
- Copie de la page de vaccination obligatoire du carnet de santé
- Attestation d'assurance en responsabilité civile

Les règlements sont possibles via les tickets loisirs CAF (valables uniquement sur l'adhésion), les chèques-vacances ANCV et les Shake@do.87 (réservés aux collégiens scolarisés en 3^e) auprès de la Trésorerie de Rochechouart. Vous pouvez bénéficier d'aides financières supplémentaires via les comités d'entreprises, comités des oeuvres sociales...

DÉCLARATION DU RESPONSABLE DE FAMILLE

Je soussigné(e) : _____

- Autorise les responsables à faire soigner mon enfant et faire pratiquer les interventions d'urgence suivant les prescriptions du médecin et m'engage à faire payer les frais médicaux.
 - Certifie que mon enfant est à jour de tous les vaccins réglementaires.
 - Déclare que mon enfant n'a pas de problème de santé incompatible avec la vie en collectivité et à la pratique d'activités physiques.
 - Autorise le transport de mon enfant (autocar et minibus).
 - Reconnaît que des photographies de mon enfant pourront être utilisées via les réseaux sociaux, les moyens de communication de la communauté de communes, ainsi que la presse (en aucun cas à des fins d'exploitation commerciale).
 - Reconnaît que les organisateurs ne sauront être tenus pour responsables d'un enfant qui ne se serait pas présenté.
 - Reconnaît avoir été informé de l'intérêt de souscrire une assurance garantissant les accidents corporels.
 - M'engage à régler la cotisation annuelle de 13 € par enfant et le cas échéant, une contribution financière lors de sorties à la demie-journée ou journée (5 ou 10 €), de soirées (3 €) et de séjours (tarifs déterminés à l'avance).
- J'autorise la Communauté de Communes Ouest Limousin à recueillir des informations concernant mon droit au passeport jeunes 2020/2021 auprès de la CAF de la Haute-Vienne afin de vérifier mon éligibilité et de simplifier mes démarches.

Fait à _____, le _____ / _____ / _____

Signature :