

M^{me} M. NOM-Prénom

Adresse

Tél. :

Responsable légal(e) de(s) l'enfant(s) désigné(s) ci-dessous :

NOM-Prénom

NOM-Prénom

NOM-Prénom

NOM-Prénom

A pris connaissance du Règlement Intérieur de l'Accueil de Loisirs et l'accepte.
(cf. Règlement Intérieur ALSH août 2014)

Autorise les personnes mentionnées ci-dessous à reprendre mon(es) enfant(s) à la sortie de l'ALSH.
S'il s'agit d'un mineur, celui-ci devra être âgé d'au moins 13 ans. Article 10 du Règlement Intérieur de l'ALSH.
Une pièce d'identité sera demandée. Aucun départ ne sera autorisé sur un coup de téléphone ou sur présentation d'un document non établi par un représentant légal au préalable au Secrétariat ou auprès de la Direction de l'ALSH.

PARENTS		
Lien de parenté	NOM-Prénom	Téléphone
Père		
Mère		

Si l'un des parents n'est pas autorisé à reprendre l'enfant, il est obligatoire de présenter une décision de justice le justifiant.

AUTRES		
Lien de parenté	NOM-Prénom	Téléphone

Autorise mon(es) enfant(s) à repartir seul de l'ALSH à 11h45 pour le matin, et à 17h30 pour le soir : OUI NON
Pour repartir seul, l'enfant devra être âgé d'au moins 7 ans. Article 10 du Règlement Intérieur de l'ALSH.

Au moment des repas : je souhaite que mon enfant mange de tout sans porc végétarien

J'autorise Je n'autorise pas

la Maison de quartier à utiliser les produits de premiers soins si la santé de l'enfant le justifie.

Contenu des trousse de premiers soins de l'ALSH :

- Antiseptique Doseseptyl ou Biseptine
- Sparadrap
- Sérum physiologique
- Pansements
- Biafine
- Bandes de crêpe
- Arnica
- Compresses hémostatiques d'urgence
- Compresses stériles

Fait à Reims, le
Signature

Les informations recueillies par l'Association des Maisons de quartier de Reims à partir de ce formulaire font l'objet d'un traitement informatique destiné à la Maison de quartier, dont la finalité est la gestion des inscriptions d'accueil de loisirs, du Multi-accueil et aux activités socioculturelles. Ces données seront conservées durant au maximum 5 ans. Conformément à la loi « informatique et libertés » du 6 janvier 1978 modifiée, vous disposez d'un droit d'accès et de rectification aux informations qui vous concernent. Vous pouvez accéder aux informations vous concernant en vous adressant à : dpo@maisondequartier-reims.fr ou Association des Maisons de quartier de Reims - 18 rue Guillaume Apollinaire 51100 REIMS.



MAISON DE QUARTIER LES SOURCES

Espace Trois Fontaines - 211 rue Paul Vaillant Couturier - 51100 REIMS
Tél. : 03.26.09.07.85 - Courriel : secretariat.troisfontaines@maisondequartier-reims.fr

Espace La Neuville - 45 rue Jean Jaurès - La Neuville - 51100 REIMS
Tél. : 03.26.82.30.55 - Courriel : secretariat.neuville@maisondequartier-reims.fr



FICHE FAMILLE 2019/2020

Maison de Quartier les Sources

J'autorise Je n'autorise pas la structure à saisir mes informations personnelles
(si vous refusez, nous ne pourrons pas vous inscrire)

J'autorise Je n'autorise pas la structure à saisir mes informations médicales

J'autorise Je n'autorise pas le droit à l'image

N° Allocataire CAF ou MSA _____

Nombre d'enfants à charge : _____

PARENTS

Mère^{..} Père^{..} Autre (précisez) _____

M^{me} .. M. ..

NOM _____

Prénom _____

Adresse _____

Tél. domicile _____ liste rouge ..

Tél. portable _____

E-mail _____

Date de naissance _____

Situation familiale _____

Profession _____

Employeur _____

Tél. travail _____

Mère^{..} Père^{..} Autre (précisez) _____

M^{me} .. M. ..

NOM _____

Prénom _____

Adresse _____

Tél. domicile _____ liste rouge ..

Tél. portable _____

Date de naissance _____

Situation familiale _____

Profession _____

Employeur _____

Tél. travail _____

ENFANT(S)

Nom-prénom _____

Date de naissance _____

Ecole fréquentée : _____ Classe : _____

Nom-prénom _____

Date de naissance _____

Ecole fréquentée : _____ Classe : _____

Nom-prénom _____

Date de naissance _____

Ecole fréquentée : _____ Classe : _____

Je soussigné(e) _____

certifie sur l'honneur l'exactitude des renseignements sur cette fiche.

Signature