



FICHE DE RENSEIGNEMENT

Dossier ACM – Enfants non scolarisés à St André de Seignanx
Communes de St Barthélemy, Biaudos, St Laurent de Gosse, Biarrotte

PERE, MERE ou RESPONSABLE LEGAL

Allocataire CAF (régime général) Régime spécial (MSA ou autre) Sans régime

NOM et Prénom de l'allocataire : _____ N° ALLOCATAIRE _____

Nombre d'enfants à charge : _____

Représentant légal 1

Nom : _____

Prénom : _____

Autorité parentale: oui - non

Employeur: _____

Situation familiale(1) : _____

Adresse complète : _____

Téléphone du domicile : _____

Téléphone Portable : _____

Téléphone du travail : _____

Courriel (2): _____

Représentant légal 2

Nom : _____

Prénom : _____

Autorité parentale: oui - non

Employeur: _____

Situation familiale(1) : _____

Adresse complète : _____

Téléphone du domicile : _____

Téléphone Portable : _____

Téléphone du travail : _____

Courriel (2): _____

(1) Célibataire - Marié(e) - Veuf(ve) - Divorcé(e) - Concubin(e) - Pacsé(e)

(2) L'adresse mail permet de communiquer les informations importantes et urgentes concernant l'ACM.

| Enfant 1 | Age : | Enfant 2 | Age : | Enfant 3 | Age : |
|---|-------|---|-------|---|-------|
| Nom : _____ | | Nom : _____ | | Nom : _____ | |
| Prénom : _____ | | Prénom : _____ | | Prénom : _____ | |
| Sexe : <input type="checkbox"/> féminin <input type="checkbox"/> masculin | | Sexe : <input type="checkbox"/> féminin <input type="checkbox"/> masculin | | Sexe : <input type="checkbox"/> féminin <input type="checkbox"/> masculin | |
| Date de naissance : ____/____/____ | | Date de naissance : ____/____/____ | | Date de naissance : ____/____/____ | |
| Assurance de l'enfant* | | Assurance de l'enfant* | | Assurance de l'enfant* | |
| <input type="checkbox"/> Responsabilité civile | | <input type="checkbox"/> Responsabilité civile | | <input type="checkbox"/> Responsabilité civile | |
| <input type="checkbox"/> Individuelle accident | | <input type="checkbox"/> Individuelle accident | | <input type="checkbox"/> Individuelle accident | |
| <input type="checkbox"/> Garantie extra-scolaire | | <input type="checkbox"/> Garantie extra-scolaire | | <input type="checkbox"/> Garantie extra-scolaire | |
| Compagnie d'assurance : _____ | | Compagnie d'assurance : _____ | | Compagnie d'assurance : _____ | |
| N° de l'attestation _____ | | N° de l'attestation _____ | | N° de l'attestation _____ | |

* joindre l'attestation d'assurance - obligatoire dans le cadre périscolaire et extrascolaire

Autorisation de publication de l'image de votre enfant

Je soussigné(e),autorise l'Accueil Collectif de Mineurs *Dous Pitchouns* à publier et utiliser les photos, les films et les enregistrements audio sur lesquels figurent mon (mes) enfant(s) qui seraient pris dans le cadre des activités extrascolaires.

Ceux-ci pourront être reproduits par la Mairie ou la presse en partie ou en totalité sur tout support (Internet, revues, supports municipaux ou autre support de presse) sans que cela occasionne une demande ultérieure de rémunération de ma part.

Enfant 1 : oui non **Enfant 2 :** oui non **Enfant 3 :** oui non

Fait à St André de Sgx, le.....

Signature :

Autorisation de sortie

J'autorise mon/(mes) enfants,

| Enfant 1 | Enfant 2 | Enfant 3 |
|---|---|---|
| Nom : <input type="text"/> | Nom : <input type="text"/> | Nom : <input type="text"/> |
| Prénom : <input type="text"/> | Prénom : <input type="text"/> | Prénom : <input type="text"/> |
| <input type="checkbox"/> à quitter seul l'ACM à.....heures. | <input type="checkbox"/> à quitter seul l'ACM à.....heures. | <input type="checkbox"/> à quitter seul l'ACM à.....heures. |

Je, soussigné(e) assume la pleine et entière responsabilité de cette demande et décharge la Mairie de toute responsabilité en cas de problème survenant après la sortie de l'enfant.

Personnes à appeler en cas d'urgence (si les parents ne sont pas joignables) et / ou autorisées à prendre l'enfant à la sortie

5 personnes maximum et ce à l'exclusion de tout mineur. Il est recommandé de présenter ces personnes au préalable. L'enfant sera remis à la personne désignée sur présentation obligatoire d'une pièce d'identité. Il est vivement conseillé de prévenir les agents de la Mairie par téléphone en cas d'imprévu.

PERSONNE 1 A appeler en cas d'urgence Autorisée à prendre l'enfant

NOM : Prénom : Téléphone portable

Lien avec l'enfant : Ami Assistante maternelle Grands-parents Autre, précisez

Pour le(s) enfant(s) : - Enfant 1 (Nom-prénom) : Age :
- Enfant 2 (Nom-prénom) : Age :
- Enfant 3 (Nom-prénom) : Age :

PERSONNE 2 A appeler en cas d'urgence Autorisée à prendre l'enfant

NOM : Prénom : Téléphone portable

Lien avec l'enfant : Ami Assistante maternelle Grands-parents Autre, précisez

Pour le(s) enfant(s) : - Enfant 1 (Nom-prénom) : Age :
- Enfant 2 (Nom-prénom) : Age :
- Enfant 3 (Nom-prénom) : Age :

PERSONNE 3 A appeler en cas d'urgence Autorisée à prendre l'enfant

NOM : Prénom : Téléphone portable

Lien avec l'enfant : Ami Assistante maternelle Grands-parents Autre, précisez

Pour le(s) enfant(s) : - Enfant 1 (Nom-prénom) : Age :
- Enfant 2 (Nom-prénom) : Age :
- Enfant 3 (Nom-prénom) : Age :

PERSONNE 4 A appeler en cas d'urgence Autorisée à prendre l'enfant

NOM : Prénom : Téléphone portable

Lien avec l'enfant : Ami Assistante maternelle Grands-parents Autre, précisez

Pour le(s) enfant(s) : - Enfant 1 (Nom-prénom) : Age :
- Enfant 2 (Nom-prénom) : Age :
- Enfant 3 (Nom-prénom) : Age :

PERSONNE 5 A appeler en cas d'urgence Autorisée à prendre l'enfant

NOM : Prénom : Téléphone portable

Lien avec l'enfant : Ami Assistante maternelle Grands-parents Autre, précisez

Pour le(s) enfant(s) : - Enfant 1 (Nom-prénom) : Age :
- Enfant 2 (Nom-prénom) : Age :
- Enfant 3 (Nom-prénom) : Age :

Fait à St André de Sgx

Le

Signature :