



Centre d'accueil périscolaire et d'accueil de loisirs sans hébergement
Bessoncourt

FICHE INDIVIDUELLE DE RENSEIGNEMENTS

Enfant			
Nom		Prénom	
Date de naissance		Lieu de naissance	
Adresse		N° de tél.	
Parents			
Nom et prénom du père		Nom et prénom de la mère	
Adresse du père		Adresse de la mère	
N° de tél. du père		N° de tél. de la mère	
Profession du père		Profession de la mère	
Nom et adresse de l'employeur du père		Nom et adresse de l'employeur de la mère	
N° de tél. au travail		N° de tél. au travail	
Adresse mail		Adresse mail	
Prestations familiales			
Nom de l'organisme		N° d'allocataire	
Quotient Familial		Régime général ou autre	
Personne à facturer			
Nom et prénom		Adresse	
Mode de paiement retenu (*)	<input type="checkbox"/> le prélèvement mensuel, (je complète, signe et retourne la demande de prélèvements accompagnée d'un relevé d'identité bancaire) <input type="checkbox"/> le règlement mensuel par chèque à l'ordre du Trésor Public, numéraire, virement ou carte bancaire directement à la Trésorerie du Grand Belfort. J'ai bien noté que mon choix restera effectif jusqu'à ce qu'une demande de modification écrite de ma part soit transmise à LA DIRECTRICE		

Personne(s) à prévenir en cas d'URGENCE autre(s) que les parents			
Nom et prénom		Adresse et n° de téléphone	
Nom et prénom		Adresse et n° de téléphone	
Personne(s) autorisée(s) à venir chercher l'enfant à la sortie de l'accueil périscolaire et ALSH ou en cas de maladie ou accident			
Nom et prénom		Adresse et n° de téléphone	
Nom et prénom		Adresse et n° de téléphone	
Santé de l'enfant			
Nom du médecin traitant		Adresse et n° de téléphone	
L'enfant rencontre-t-il un problème de santé particulier ?		En cas d'urgence, si le personnel du centre d'accueil périscolaire et/ou d'accueil de loisirs sans hébergement ne peut me joindre, je soussigné(e) _____ autorise le personnel du centre d'accueil périscolaire et/ou d'accueil de loisirs sans hébergement à prendre toutes les mesures nécessaires pour la santé de mon enfant. En cas d'urgence, j'autorise les services de secours du secteur à transporter mon enfant à l'hôpital le plus proche. Je m'engage à respecter le calendrier des vaccinations conforme à la réglementation en vigueur.	
Signature obligatoire des parents			

(*) J'autorise mon enfant à quitter l'accueil périscolaire et/ou d'accueil de loisirs sans hébergement sans accompagnateur.

(*) Je n'autorise pas mon enfant à quitter l'accueil périscolaire et/ou d'accueil de loisirs sans hébergement sans accompagnateur.

(*) J'autorise la Mairie de Bessoncourt à utiliser les photos de mon enfant pour illustrer ses parutions.

(*) Je n'autorise pas la Mairie de Bessoncourt à utiliser les photos de mon enfant pour illustrer ses parutions.

(*) J'autorise mon enfant à participer aux sorties.

Je fournis l'attestation d'assurance responsabilité civile de mon enfant.

Je m'engage à signaler tout changement au Directeur de centre.

(*) Cocher la case correspondante à votre choix

Date :

Signature obligatoire des parents :