



FICHE D'INSCRIPTION

A L'ACCUEIL DE LOISIRS DE :

NOGENT-LE-ROTHOU

AUTHON-DU-PERCHE

SOUANCÉ-AU-PERCHE

Préciser :

3-5 ans 6-12 ans

SUR CDC *

HORS CDC

**Les artisans / commerçants exerçant sur le territoire de la Communauté de Communes du Perche bénéficient du tarif CDC. Merci de bien vouloir fournir la carte d'artisan / commerçant et l'avis de taxe professionnelle.*

LE(S) PARENT(S) OU REPRESENTANT LEGAL

TITRE : Madame Monsieur Madame et Monsieur

NOM :

PRÉNOM :

ADRESSE :

CODE POSTAL : VILLE :

Adresse courriel (pour envoi d'infos sur les accueils de loisirs) :

MÈRE : Date et lieu de naissance :

PÈRE : Date et lieu de naissance :

TÉLÉPHONE : /_/_/_/_/_/_/ TÉLÉPHONE PORTABLE Mère : /_/_/_/_/_/_/

TÉLÉPHONE PORTABLE Père : /_/_/_/_/_/_/

MÈRE :

PROFESSION : EMPLOYEUR :

TÉLÉPHONE EMPLOYEUR : /_/_/_/_/_/_/

PÈRE :

PROFESSION : EMPLOYEUR :

TÉLÉPHONE EMPLOYEUR : /_/_/_/_/_/_/

LE(S) ENFANT(S)

NOMBRE D'ENFANT ENREGISTRÉ À L'ACCUEIL DE LOISIRS : /_/_/

ENFANT	NOM	PRÉNOM	SEXE (G ou F)	DATE DE NAISSANCE
1 ^{er} enfant				/_/_/_/_/_/_/
2 ^{ème} enfant				/_/_/_/_/_/_/
3 ^{ème} enfant				/_/_/_/_/_/_/
4 ^{ème} enfant				/_/_/_/_/_/_/

ADRESSE (Si différente de celle des parents) :
.....
.....

ECOLE DE VOTRE ENFANT :

CAISSE D'ALLOCATION FAMILIALE ET ASSIMILÉS :
NUMÉRO ALLOCATAIRE :

MSA ? : Numéro d'allocataire MSA :

NOM DE L'ASSURANCE :
NUMÉRO DE POLICE : **DATE D'EXPIRATION :**

PERSONNE(S) AUTORISÉE(S) À PRENDRE L'ENFANT (en permanence) :

1° : TÉLÉPHONE : /__ /__ /__ /__ /__ /__

2° : TÉLÉPHONE : /__ /__ /__ /__ /__ /__

3° : TÉLÉPHONE : /__ /__ /__ /__ /__ /__

4° : TÉLÉPHONE : /__ /__ /__ /__ /__ /__

Nous certifions sur l'honneur l'exactitude des renseignements figurants sur cette fiche et déclarons avoir pris connaissance du règlement de fonctionnement de la structure et nous nous engageons à le respecter.

REGLEMENT EUROPEEN DE PROTECTION DES DONNEES PERSONNELLES :

- J'autorise** la structure à saisir mes informations personnelles.
- Je n'autorise pas** la structure à saisir mes informations personnelles.

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

Signature du (des) Parent(s) ou du Représentant légal :

Fait à, le