



# ACCUEIL DE LOISIRS DU MERCREDI

Mairie  
Tél : 02 96 86 00 64  
Fax : 02 96 86 19 77

## FICHE DE RENSEIGNEMENTS Année 2018-2019

### ENFANT

Nom de l'enfant .....  
Prénom : .....  
Date de naissance : .../.../....      Age : .....

### FAMILLE – RESPONSABLE LEGAL

#### PERE

Nom : .....  
Prénom : .....  
Adresse : .....  
.....  
Tél (domicile) : .....  
Portable : .....  
Travail : .....  
Email : .....

#### MERE

Nom : .....  
Prénom : .....  
Adresse : .....  
.....  
Tél (domicile) : .....  
Portable : .....  
Travail : .....  
Email : .....

### SOCIAL

N° de sécurité sociale CPAM ou MSA.....  
N° allocataire CAF ou MSA (**obligatoire**) .....  
Nom et N° d'assurance responsabilité civile : .....  
(Fournir l'attestation d'assurance)

### AUTORISATION D'UTILISATION DE SERVICE CAFPRO

Je soussigné(e) père, mère, tuteur.....  
Parent(s) de l'enfant .....

**Autorisons**    ou    **n'autorisons pas**

Le personnel habilité par la mairie à consulter le service internet CAFPRO dans le cadre du dossier d'inscription et de facturation de mon enfant.

### LISTE DES ADULTES AUTORISES A VENIR CHERCHER L'ENFANT

Nom/Prénom	Numéro de téléphone	En qualité de

Je déclare avoir pris connaissance du règlement intérieur et en accepter les conditions. Je m'engage à signaler tout changement intervenu en cours d'année.

Signature

Fait à \_\_\_\_\_ le \_\_\_\_\_