



Nom, prénom de l'enfant : Né(e) le

Ecole : Maternelle Elémentaire Classe Sexe : M F

Famille : Parentale Monoparentale Recomposée Accueil

PARENTS DE L'ENFANT

| | | |
|---------------------|--|---|
| | Mère <input type="checkbox"/> Belle-mère <input type="checkbox"/> Responsable <input type="checkbox"/> | Père <input type="checkbox"/> Beau-père <input type="checkbox"/> Responsable <input type="checkbox"/> |
| Nom, Prénom | | |
| Adresse du domicile | | |
| Téléphone domicile | | |
| Téléphone portable | | |
| Adresse mail | | |
| Situation familiale | | |

PERSONNE A JOINDRE EN CAS D'URGENCE (NOM + TELEPHONE)

RENSEIGNEMENTS CAF

N° allocataire CAF :

CAF d'appartenance : CAF DE LA MOSELLE

Autre CAF

ASSURANCE

Nom de la compagnie :

N° contrat :

NOMS ET ADRESSES DES EMPLOYEURS

| | Mère | Père |
|-----------------------------|------|------|
| Nom employeur : | | |
| Adresse employeur : | | |
| Téléphone lieu de travail : | | |
| Profession | | |

AUTORISATIONS

J'autorise mon enfant à rentrer seul à la fin des activités OUI NON

Si **NON**, nom de la ou les personnes susceptibles de venir chercher mon enfant

| NOM PRENOM | LIEN AVEC ENFANT | N° TELEPHONE | ADRESSE |
|------------|------------------|--------------|---------|
| | | | |
| | | | |
| | | | |

DROIT A L'IMAGE

Pendant les activités, j'autorise à photographier et/ou à filmer mon enfant pour la création de souvenirs et d'archives.

OUI NON

J'autorise l'utilisation de ces supports pour information (presse et journaux locaux, site internet de la mairie, affiches...)

à l'exclusion des réseaux sociaux.

OUI NON

Je soussigné(e) , Madame/Monsieuratteste(nt) avoir pris connaissance du règlement intérieur de l'ALP.

Fait à le SIGNATURE DES PARENTS OU RESPONSABLE :