**Nom, prénom de l'enfant** …………………………………………. **Né(e) le :……………………**

**Adhésion le** ………………………………………….

**Sexe :** **M** **[ ]**  **F** [ ]

**Ecole** ………………………………………….

**Enseignant** ………………………………………….

**Classe :** ................................................................................................................................................................

 **L'enfant sait-il nager ?** **OUI** [ ]  **NON** [ ]  **Piscine autorisée :** **OUI** [ ]  **NON** [ ]

**Régime alimentaire :** ..........................................................

**Date de dernière mise à jour du carnet de santé**.......................................................

**Allergies :** .....................................................................................................................................................................

**Recommandations des parents :** .................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................

 **PARENTS DE L'ENFANT**

**Responsable de l'enfant Mère** o P**ère** o

 **Nom, Prénom :**

 **Adresse du domicile :**

 **Tél. Domicile/Portable :**

 **Courriel :**

 **N° Sécurité sociale :**

 **Catégorie socioprof. :**

 **Personnes à joindre en cas d'urgence (Nom+Téléphone) :** .......................................................................................

 **N° Allocataire C.A.F. :** ………………………………………….

**Régime social :** ………………………………………….

 **C.A.F. d'appartenance :** **C.A.F. DE LA MOSELLE** [ ]  **Autre C.A.F. :** ……………………….

 **Revenu mensuel**………………………………………….

**Nbre Enfants à charge :**......................................................................................

 **Famille :** **Parentale** o **Monoparentale** o **Recomposée**o **Accueil** o

 **NOM ET ADRESSE DES EMPLOYEURS**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **Mère** | **Père** |
| **Nom employeur** |  |  |
| **Adresse de l’employeur** |  |  |
| **Téléphone travail** |  |  |

 Je certifie que mon enfant bénéficie d'une assurance scolaire et extrascolaire

**Nom de la compagnie :** ………………………………………….

**N°Téléphone** ………………………………………….

**N°Contrat :** ………………………………………….

 **Nom/Prénom** **Lien de parenté** **N°Téléphone** **Adresse**

 En cas d'accident ou incident, j'autorise les responsables de la structure à prendre toutes les mesures nécessaires pour la sécurité, la santé et la moralité de mon enfant

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

 **OUI**o **NON** o

 J'autorise l'association à utiliser ces supports pour sa promotion et son information (presse et journaux locaux, nouveau média, affiches...)

 **OUI**o **NON** o

 **Médecin traitant :**

**Nom :** ………………………………………….

**Téléphone :** ………………………………………….

 **Adresse :** ………………………………………….

 **Fait à……………………………………….. , le** .................................................................

**Signature :**