



COMMUNE de CHÂTEL-SAINT-GERMAIN

57160 • ☎ 03 87 60 59 71 • Fax 03 87 60 20 90
 Mail : mairie@chatel-saint-germain.fr

Fiche Individuelle de Renseignements

Semaine Avec Repas

Forfait deux jours : Avec Repas Sans Repas

Semaine Sans Repas

Lundi Mardi Mercredi Jeudi Vendredi

Nom, prénom :

Né(e) le :

PARENTS DE L'ENFANT

| | | | | | | |
|--------------------------|---------------------------------|--------------------------|--------------------------------------|-------------------------------|--------------------------|--------------------------------------|
| | Conjoi <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Responsable <input type="checkbox"/> | Père <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Responsable <input type="checkbox"/> |
| Nom, Prénom : | | | | | | |
| Adresse du domicile : | | | | | | |
| Tél. Domicile/Portable : | | | | | | |
| Courriel : | | | | | | |
| Catégorie socioprof. : | | | | | | |

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

N° Allocataire C.A.F. :

Régime social :

C.A.F. d'appartenance :

CAF DE LA MOSELLE

Autre C.A.F.

Quotient mensuel

Famille :

Parentale

Monoparentale

Recomposée

Accueil

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 :

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

OUI

NON

Si Non, nom de la ou des personnes susceptibles de venir chercher mon enfant

| Nom/Prénom | Lien de parenté | N°Téléphone | Adresse |
|------------|-----------------|-------------|---------|
| | | | |
| | | | |

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

NON

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

OUI

NON

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

Fait à

, le

Signature :