



Patronage Laïque Le Guill-Stade Quilbignonnais

15, rue Jean-François Tartu - 29200 Brest - 02.98.05.54.37

Courriel : pllegouillstadeq@orange.fr - Centre des loisirs : patrolaielegouill.clsh@laposte.net

Site du PLLG-SQ : <http://www.patroleguill.infini.fr>

FICHE ENFANT

ALSH Secteur Ados Gym Enfant Omnisports

NOM : _____ Prénom : _____

Date de naissance : à

Age

COORDONNEES

Responsable légal 1

Civilité :

Nom/Prénom :

N° Sécu : _ . _ . _ . _ . _ . _ . _ . _ . _ . _ . _ . _ . _ . _ . _ . _ . _ . _ . _ .

Liens : Son fils

Sa fille

Adresse

N°/Rue :

CP : Ville :

Tél :

Mobile :

Mail :

Responsable légal 2

Civilité :

Nom/Prénom :

N° Sécu : _ . _ . _ . _ . _ . _ . _ . _ . _ . _ . _ . _ . _ . _ . _ . _ . _ . _ . _ .

Liens : Son fils

Sa fille

N°/Rue :

CP : Ville :

Tél :

Mobile :

Mail :

Factures par mail : Oui Non

Secteur : St Pierre (Haut Rive Droite) Recouvrance (Bas Rive Droite)

Autres Brest BMO Hors BMO

Si autre responsable, précisez (nom, prénom, adresse...) :

.....
.....
.....

PIECES

Attestation CAF : Oui Non Caisse : CAF MSA

Quotient familial : N° CAF :

QUESTIONNAIRE

Compagnie d'assurance :

L'enfant vit chez : Ses parents Sa mère Son père
 Garde alternée Famille d'accueil Foyer

Divers

Autoriser publication d'une photo : Oui Non

Autorisation de rentrer seul(e) : Oui Non

Conformément à la loi relative à l'informatique et aux libertés, vous disposez d'un droit d'accès et de rectification des données vous concernant sur simple demande.

Autorisation

A qui téléphoner en cas d'urgence (Nom/Prénom/Téléphone) : Mère Père Autre

Autres personnes autorisées à venir chercher l'enfant (Nom/Prénom/Téléphone) :

NAVETTE

Ecole : Jean De La Fontaine Paul Eluard Classe :

MEDICAL

Information médicale (allergies, lunettes, etc...) :

Information alimentaire :

Je soussigné(e)

Responsable de l'enfant

1 - autorise les responsables du centre :

. à le faire soigner et à l'hospitaliser en cas d'urgence,

2 - autorise mon enfant :

. à participer aux activités du centre

. à se baigner

3 - accepte et atteste avoir pris connaissance du règlement intérieur

Fait à le

Signature

A REMPLIR PAR LE SERVICE

| CERTIFICAT MEDICAL | COTISATION | | | REGLEMENT | | DATE | COMPLET |
|-----------------------|------------|------|--------|-----------|--------|------|---------|
| | FOL | FSGT | UFOLEP | ESPECES | CHEQUE | | |
| | | | | | | | |