Patronage Laïque Le Gouill-Stade Quilbignonnais
15, rue Jean-François Tartu - 29200 Brest ☎ : 02.98.05.54.37
Courriel : patrolaiquelegouill.clsh@laposte.net

FICHE ENFANT

☐ **CLSH** ☐ **Sect. Jeun.** ☐ **Gym Enfant** ☐ **Omnisports** ☐ **Atelier créatif** ☐ **Ecole Foot**

NOM : **Prénom :** Sexe

Age

Date de naissance : ..... à .....

IDENTITE

Responsable légal de l'enfant

Civilité : Mr ☐ Mme ☐

Nom/Prénom : ..... Liens : Son fils ☐

N° Sécu : _ . _ _ . _ _ . _ _ . _ _ _ . _ _ _ . _ _ Sa fille ☐

COORDONNEES

Adresse

N°/Rue : .....
.....
CP : ..... Ville : .....

Tél. : .....
Mobile 1 : .....
Mobile 2 : .....
Email : .....

Factures par mail : Oui ☐ Non ☐

Secteur : Haut Rive Droite ☐ Bas Rive Droite ☐ Autres Brest ☐
BMO ☐ Hors BMO ☐

Activité professionnelle

Catégorie : ..... Tél. : .....

Profession : ..... Mail : .....

Employeur : .....

PIECES

Attestation CAF : Oui ☐ Non ☐ Caisse : CAF ☐ MSA ☐

Quotient familial : ..... N° CAF : .....

QUESTIONNAIRE

Administratif

Mutuelle : ..... N° de contrat : .....

CMU : Oui ☐ Non ☐

Assurance extra-scolaire : .....

L'enfant vit chez : Ses parents ☐ Sa mère ☐ Son père ☐

Famille d'accueil ☐ Garde alternée ☐

Educateur

L'enfant est-il suivi par un éducateur ? Oui ☐ Non ☐

Coordonnées de l'éducateur : .....

Téléphone : .....

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) :

.....

.....

SCOLARITE

Ecole : ..... Classe : .....

MEDICAL

Certificat médical : Oui ☐ Non ☐

Nom médecin traitant : .....

Téléphone : .....

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

Fait à ..... le .....

Signature

A REMPLIR PAR LE SERVICE

CERTIFICAT MEDICAL	COTISATION				REGLEMENT		DATE	COMPLET
	FF	FOL	FSGT	UFOLEP	ESPECES	CHEQUE		