



Patronage Laïque Le Guill-Stade Quilbignonais
 15, rue Jean-François Tartu - 29200 Brest - 02.98.05.54.37
 Courriel : accueil@patrolegouill.fr - Centre de loisirs : alsh@patrolegouill.fr
 Site du PLLG-SQ : <http://www.patrolegouill.infini.fr>

FICHE ENFANT 2023/2024

ALSH
 Mercredis
 Club Ados
 Activités d'éveil
 Vacances

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 :

TSVP →

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 (disponible sur demande à l'accueil).

Fait à le

Signature

A REMPLIR PAR LE SERVICE

CERTIFICAT MEDICAL	COTISATION			REGLEMENT		DATE	COMPLET
	FOL	FSGT	UFOLEP	ESPECES	CHEQUE		