



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

FICHE ENFANT **2024/2025**

ALSH Mercredis Club Ados Boxe éduc. (7/13 ans) Mardi
 Vacances Ecole de Sports (7/9 ans) Vendredi

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 :

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...) :

Responsable légal 2

Civilité :
 Nom/Prénom :
 N° Sécu :
 Liens : Son fils
 Sa fille

N°/Rue :

 CP : Ville :
 Tél. :
 Mobile :
 Mail :

PIECES

Allocations AEEH : 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 projet associatif et du projet pédagogique.

4 - 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		