

PEP 57  
 CSE Les Pel'tiots  
 16 rue des vignes  
 57245 PELTRE  
 Tél. : 03-87-74-14-63  
 06-13-78-06-74  
 Fax : 08-97-50-14-25  
 periscolaire.peltre@pep57.org  
 www.lespeltiots.fr  
 www.pep57.org

Nom, prénom de l'enfant :  Né(e) le :

Adhésion le : ..... Numéro de carte : ..... Sexe : M  F

Ecole 2018-2019 ..... Classe .....

Régime alimentaire : ..... Date de dernière mise à jour du carnet de santé .....

Allergies : .....

Recommandations des parents : .....

**PARENTS DE L'ENFANT**

	Mère	Responsable de l'enfant <input type="checkbox"/>	Père	Responsable de l'enfant <input type="checkbox"/>
Nom, Prénom :				
Adresse du domicile :				
Tél. Domicile/Portable :				
Courriel :				
N° Sécurité sociale :				

Personne à joindre en urgence autre que parents (si il y a) .....

En cas d'urgence on appel toujours l'un des deux parents en priorité

N° Allocataire C.A.F. : .....

C.A.F. d'appartenance : C.A.F. DE LA MOSELLE  Autre C.A.F. ....

Régimes spéciaux: .....

Nbre Enfants à charge : .....

Famille: Mariée  Concubinage  Monoparentale  Divorcée  Recomposée  Famille d'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 (obligatoire voir notre règlement intérieur)

Nom de la compagnie : ..... N°Téléphone ..... N°Contrat : .....

Personnes autorisées à venir chercher l'enfant (autre que les parents).

Nom/prénom	Lien de parenté	N°Téléphone	Adresse

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

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

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

OUI  NON

**Médecin traitant : Nom :** ..... **Téléphone** .....

**Adresse :** .....

A l'occasion des activités du centre, votre enfant est susceptible d'être photographié et nous souhaitons faire figurer ces photos sur notre site internet, [www.lespeltiots.fr](http://www.lespeltiots.fr).

**J'autorise, je n'autorise pas** (1) la publication sur le site internet de la structure des photographies où peut apparaître mon enfant.

*1(barrer la mention inutile).*

En cas de refus de votre part, la photo de votre enfant sera rendu flou avec un logiciel de retouche d'images.

**Fait à** ..... , **le** ..... **Signature :**