



Association "Les Languotins"  
 6 Place du Marché -68580 SEPPOIS LE BAS  
 Tél. : 03 89 25 73 20 - Fax : 03 89 25 73 20  
 Email : peri.languotins@wanadoo.fr  
 Site internet : www.les-languotins.com

Nom, prénom de l'enfant  Né(e) le :

Ecole : ..... Classe : ..... Sexe : .....  
 L'enfant sait-il nager ? OUI  NON  Piscine autorisée : OUI  NON   
 Régime alimentaire : ..... Date de dernière mise à jour du carnet de santé .....  
 Allergies : .....  
 Difficultés de Santé (Maladies,...) : .....

Recommandations des parents : .....

Famille : Parentale  Monoparentale  Recomposée  Accueil

**PARENTS DE L'ENFANT**

	Mère <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Responsable <input type="checkbox"/>	Père <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Responsable <input type="checkbox"/>
Nom, Prénom :						
Adresse du domicile :						
Tél. Domicile/Portable :						
Courriel :						

N° Allocataire : ..... MSA Autre : .....  
 C.A.F. d'appartenance : CAF du 68  M.S.A  Autre C.A.F. ....  
 Nbre Enfants à charge : .....

**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.

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

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

Si Non, nom de la ou des personnes susceptibles de venir chercher mon 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 le personnel de l'association transporter mon enfant en mini-bus  OUI  NON

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

Adresse : .....

Fait à ..... , le ..... Signature :