 **Association d’Ambonnay**

 **« Les Coccinelles »**

|  |  |
| --- | --- |
|  | **Enfant** |
| Nom et prénom de l’enfant |  |
| Date et lieu de naissance |  |
| J’autorise mon enfant à participer aux activités et aux sorties organisées par l’association. | * oui
* non
 |
| J’autorise mon enfant à utiliser les transports mis à disposition pour les sorties ou déplacements organisés à l’extérieur par l’association. | * oui
* non
 |
| J’autorise l’association à reproduire et diffuser les photographies et vidéos de mon enfant dans le cadre des activités proposées par l’association. | * oui
* non
 |
| J’autorise les responsables de l’activité à présenter mon enfant à un médecin en cas de soins à donner d’urgence et si nécessaire sous anesthésie. L’enfant accidenté ou malade sera orienté et transporté par les services de secours d’urgence vers l’hôpital le mieux adapté. Je m’engage à rembourser les frais médicaux et pharmaceutiques éventuels avancés par l’association. | * oui
* non
 |

Fiche de Renseignements

**Personnes MAJEURES habilitées à reprendre votre enfant à la sortie :**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Nom-Prénom** | **Lien avec la famille** | **N° de téléphone** |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

**Régime Allocataire dont dépendent les enfants ( joindre les justificatifs pour les bons CAF/MSA )**

|  |  |
| --- | --- |
| **Régime** | **N° allocataire** |
| **CAF** |  |
| **MSA** |  |
| **AUTRE** |  |

**L’association obtient directement votre revenu fiscal de référence par la Caf ou la Msa.**

**Merci de bien communiquer votre numéro d’allocataire.**

**Situation familiale :**

* Marié
* Vie Maritale
* PACS
* Célibataire
* Divorcé

En cas de divorce ou de séparation des parents ou autre, indiquez qui a la charge de l’enfant :

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | **PERE** | **MERE** | **TUTEUR/Famille d’accueil** |
| **Nom-Prénom** |  |  |  |
| **Adresse complète** |  |  |  |
| **Téléphone fixe** |  |  |  |
| **Téléphone portable** |  |  |  |
| **Adresse mail ( IMPORTANT )** |  |  |  |
| **Téléphone travail** |  |  |  |

**Etablir la facturation au nom de :**

* Père
* Mère
* Tuteur

**Assurance ( fournir l’attestation )**

L’association Les Coccinelles d’Ambonnay a souscrit une assurance couvrant la pratique des activités organisées par le service. Cette assurance ne se substitue cependant en aucune façon à la responsabilité civile des familles.

**Pour la bonne organisation, vous déclarez :**

* **Vous engager à prévenir les responsables de l’activité, en cas d’absence ou de retard de l’enfant.**
* **Avoir pris connaissance du règlement intérieur**
* **Sur l’honneur que votre enfant a été reconnu médicalement apte par un médecin à suivre les activités.**

A …………………………………………………., le …………………………………………….

 Signatures des parents, précédées de la mention : « Lu et approuvé » :

Signature  du père : Signature  de la mère : Signature  du tuteur :