

LES LUTINS  
6, Rue Jules Crevaux  
57790 LORQUIN  
Tél. : 03 87 25 43 73

Nom, prénom de l'enfant  Né(e) le :

Adhésion le : ..... Sexe : M  F

Ecole : ..... Enseignant : ..... Classe : .....

L'enfant sait-il nager ? OUI  NON  Piscine autorisée : OUI  NON

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 :    |      |  |      |  |
|                          |      |  |      |  |

Personnes à joindre en cas d'urgence (Nom+Téléphone) : .....

N° Allocataire C.A.F. : ..... Régime social : .....

C.A.F. d'appartenance : Caisse Allocations Familiales Moselle  Autre C.A.F. : .....

Revenu mensuel : ..... Nbre Enfants à charge : .....

Famille : Parentale  Monoparentale  Recomposée  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

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

| 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

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

Adresse : .....

Fait à ..... , le ..... Signature :