



Communauté  
de communes

SARLAT PÉRIGORD NOIR

Centre Enéa Loisirs  
Le Bourg  
24200 SAINTÉ NATHALÈNE

Tel : 05-53-59-07-82 / 06-80-48-93-34  
m@il: [alsh.ste-nathalene@hotmail.com](mailto:alsh.ste-nathalene@hotmail.com)

## Renseignements sur la famille

- Civilité : Mr et Mme  Mr Mme  Mr - Mr / Mme - Mme
- Nom de la famille :
- Adresse :
- Code postal : Ville :
- Situation familiale : Marié  Union maritale  Pacsé  Divorcé   
Séparé  Célibataire  Veuf / Veuve
- Contacts :
  - Téléphone fixe : portable(s) :
  - m@il :

*L'adresse mail sera utilisée à une utilisation interne à la structure. Elle peut servir entre autre à vous informer des fermetures (congés annuels, fermeture exceptionnelle, ...) mais également à avoir la possibilité de recevoir les factures par mail.*
- Régime :  Général (CAF)  
 MSA  
 AUTRE (Précisez : .....)
- N°d'allocataire CAF :
- Police d'assurance Responsabilité civile :
  - N° Date échéance .. / .. / ..
- Nombre d'enfant(s) :
- Nombre total d'enfant(s) à charge :

## Renseignements relatif au responsable 1

- Nom : Prénom :

*L'adresse doit être écrite ci-dessous uniquement si les informations sont différentes de celle de la famille (informations présentes au dessus).*

- Adresse :
- Code postale : Ville :
- Téléphone portable :
- Profession :
- Adresse professionnelle :
- Téléphone pro :

## Renseignements relatif au responsable 2

- Nom : Prénom :

*L'adresse doit être écrite ci-dessous uniquement si les informations sont différentes de celle de la famille (informations présentes au dessus).*

- Adresse :
- Code postale : Ville :
- Téléphone portable :
- Profession :
- Adresse professionnelle :
- Téléphone pro :

## Renseignements relatif à l'enfant

- Nom : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_
- Sexe : masculin  féminin
- Date de naissance : \_\_\_\_\_ Lieu de naissance : \_\_\_\_\_

## Renseignements médicaux

- Nom du médecin traitant : \_\_\_\_\_ Tel : \_\_\_\_\_
- Allergie(s) : oui  non   
Si oui précisez : \_\_\_\_\_
- Régime(s) alimentaire(s) : oui  non   
Si oui précisez : \_\_\_\_\_
- Antécédent(s) médical(aux) : oui  non   
Si oui précisez : \_\_\_\_\_
- Maladie(s) : oui  non   
Si oui précisez : \_\_\_\_\_

## Renseignements relatifs aux inscriptions de l'enfant

- Classe : \_\_\_\_\_ École : \_\_\_\_\_
- Inscriptions :  
     Garderie       Mercredis       Vacances       Cantine

## Personnes autorisées et à contacter

| NOM | Prénom | Tel | Lien avec la famille |
|-----|--------|-----|----------------------|
|     |        |     |                      |
|     |        |     |                      |
|     |        |     |                      |
|     |        |     |                      |
|     |        |     |                      |

## Autorisations

Cette onglet doit être complété à l'aide du document ci-joint concernant les autorisations. Ce n'est qu'un récapitulatif.

*Cochez les cases correspondantes*

| AUTORISE A  | OUI | NON |
|---|-----|-----|
| Délivrer des médicaments avec ordonnance du médecin       |     |     |
| Hospitaliser en cas d'urgence                             |     |     |
| Filmer/photographier l'enfant                             |     |     |
| Diffuser sur site internet et publicité                   |     |     |
| Diffuser photos et vidéo sur le compte facebook           |     |     |
| Participer aux sorties                                    |     |     |
| Utiliser les différents transports utilisés par le centre |     |     |

## Documents à fournir

| Document                                    | ok | Document  | ok |
|---|----|---|----|
| Fiches informations                         |    | Derniers avis d'imposition du foyer                             |    |
| Autorisations parentales                    |    | Certificat médical de non contre indication à la pratique d'APS |    |
| Photocopies vaccins                         |    | Dernier avis et numéro allocataire CAF ou MSA                   |    |
| Attestation assurance responsabilité civile |    | Photo d'identité de l'enfant                                    |    |