

Maison De La Vie Citoyenne Bayonne Centre-Ville

11 Bis Rue Georges Bergès 64100 Bayonne / 05 59 25 57 94

Site web : www.mvcbayonnecentreville.org

Mail : accueil@mvcbayonnecentreville.org

FICHE DE RENSEIGNEMENTS 2023/2024



N°ALLOCATAIRE CAF QF ATL

1. ENFANT/ADOS/JEUNES

Fille

Garçon

NOM PRÉNOM

DATE DE NAISSANCE / / LIEU DE NAISSANCE

ÉCOLE CLASSE

ADRESSE CODE POSTAL VILLE

MAIL TÉLÉPHONE

2. MÈRE

Autorité parentale

NOM PRÉNOM

DATE DE NAISSANCE / / LIEU DE NAISSANCE

ADRESSE DOMICILE (SI DIFFÉRENTE DE CELLE DE L'ENFANT)

CODE POSTAL VILLE

ADRESSE MAIL TÉLÉPHONE

NOM ET ADRESSE DE L'EMPLOYEUR

..... BUREAU PORTABLE

3. PÈRE

Autorité parentale

NOM PRÉNOM

DATE DE NAISSANCE / / LIEU DE NAISSANCE

ADRESSE DOMICILE (SI DIFFÉRENTE DE CELLE DE L'ENFANT)

CODE POSTAL VILLE

ADRESSE MAIL TÉLÉPHONE

NOM ET ADRESSE DE L'EMPLOYEUR

..... BUREAU PORTABLE

4. AUTORISATIONS

J'autorise mon enfant (si âgé de + de 8 ans Uniquement) à rentrer seul ? OUI NON
Tout enfant de - 8 ans doit être accompagné et récupéré à la MVC

PERSONNE(S) (HORS-PARENTS) AUTORISÉES À RECUPÉRER L'ENFANT:

Nom et Prénom N° Tél

Nom et Prénom N° Tél

À PREVENIR EN CAS
D'URGENCE

Autorisation de droit à l'image

OUI NON

J'autorise l'équipe de la structure à exploiter les images et les vidéos prises au cours des activités réalisées sur lesquelles mon enfant pourrait apparaître, sur tout support de communication : photos, films, site web, articles de presse, reportage vidéo...

L'enfant a-t-il passé le Certificat d'Aisance aux Activités Aquatiques et Nautiques ? OUI NON

(si oui, nous fournir l'attestation). **ATTENTION** : Depuis le 1er juillet 2012, ce test remplace le PAAN. Néanmoins, si votre enfant est titulaire du **PAAN** avant cette date, il demeure valable.

5. RENSEIGNEMENTS

N° DE SÉCURITÉ SOCIALE.....

VOTRE ENFANT EST À JOUR DE SES VACCINATIONS OBLIGATOIRES ? OUI NON

(JOINDRE UNE COPIE DES VACCINS) S'il n'est pas à jour merci de nous fournir un certificat médical de contre-indication.

VOTRE ENFANT A-T-IL DES PROBLÈMES DE SANTÉ PARTICULIERS, ALLÉRGIES ? OUI NON

(Si OUI, lesquels ?).....

Précisant les précautions à prendre.....

.....

.....

VOTRE ENFANT A-T-IL UN RÉGIME ALIMENTAIRE PARTICULIER (SANS PORC, VÉGÉTARIEN...) ? OUI NON

(Si OUI, lesquels ?).....

Recommandations utiles des parents : (port de lunettes, lentilles, prothèses auditives, prothèses dentaires,...)

.....

NOM DU MÉDECIN TRAITANT..... N°TEL DU MÉDECIN.....

Je déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et m'engage à les réactualiser si nécessaire.

J'ai pris connaissance de la charte d'accueil de l'ALSH et m'engage à en respecter les principes (sur notre www.mvcbayonnecentreville.org).

Signature (Mère, Père, Tuteur légal)

DOCUMENTS OBLIGATOIRES À FOURNIR

- L'Adhésion à l'association (6€ par enfant et 10€ pour l'un des deux parents)
- Fiche de renseignements complétée
- Justificatif du quotient familial CAF (ou MSA) et pour les non allocataires copie de l'avis d'imposition
- Photocopie du carnet de vaccination