

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 2024/2025



| | | | |
|---|--|---|---------------------------------|
| N°ALLOCATAIRE CAF | QF..... | | |
| BÉNÉFICIAIRE : | AIDE AU TEMPS LIBRE <input type="checkbox"/> | ALLOCATION AEEH <input type="checkbox"/> | |
| 1.ENFANT/ADOS/JEUNES | | Fille <input type="checkbox"/> | Garçon <input type="checkbox"/> |
| NOM.....PRÉNOM..... | | | |
| DATE DE NAISSANCE...../...../.....LIEU DE NAISSANCE..... | | | |
| ÉCOLE.....CLASSE 2024/2025..... | | | |
| ADRESSE.....CODE POSTAL.....VILLE..... | | | |
| TÉLÉPHONE (ADOS)..... | | | |
| 2.MÈRE | | Autorité parentale <input type="checkbox"/> | |
| NOM.....PRÉNOM..... | | | |
| DATE DE NAISSANCE...../...../.....LIEU DE NAISSANCE..... | | | |
| ADRESSE DOMICILE (SI DIFFÉRENTE DE CELLE DE L'ENFANT)..... | | | |
| CODE POSTAL.....VILLE..... | | | |
| ADRESSE MAIL.....TÉLÉPHONE..... | | | |
| PROFESSION..... | | | |
| NOM DE L'EMPLOYEUR..... | | | |
|BUREAU.....PORTABLE..... | | | |
| 3.PÈRE | | Autorité parentale <input type="checkbox"/> | |
| NOM.....PRÉNOM..... | | | |
| DATE DE NAISSANCE...../...../.....LIEU DE NAISSANCE..... | | | |
| ADRESSE DOMICILE (SI DIFFÉRENTE DE CELLE DE L'ENFANT)..... | | | |
| CODE POSTAL.....VILLE..... | | | |
| ADRESSE MAIL.....TÉLÉPHONE..... | | | |
| PROFESSION..... | | | |
| NOM DE L'EMPLOYEUR..... | | | |
|BUREAU.....PORTABLE..... | | | |
| 4.AUTORISATIONS | | | |
| J'autorise mon enfant (si âgé de + de 8 ans Uniquement) à rentrer seul ? OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> | | | |
| Tout enfant de - 8 ans doit être accompagné et récupéré à la MVC | | | |
| PERSONNE(S) (HORS-PARENTS) AUTORISÉES À RECUPÉRER L'ENFANT : À PREVENIR EN CAS D'URGENCE | | | |
| Nom et PrénomN° Tél <input type="checkbox"/> | | | |
| Nom et PrénomN° Tél <input type="checkbox"/> | | | |

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).

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°TÉL 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