

Office Municipal Animation Promotion Clouange
1. rue Joffre
57185 CLOUANGE
compia.omap@clouange.fr

Nom, prénom de l'enfant : Né(e) le : M F
Adhésion le : Numéro de carte : Sexe :
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

Nom, Prénom :	Mère	Responsable de l'enfant <input type="checkbox"/>	Père	Responsable de l'enfant <input type="checkbox"/>
Adresse du domicile :				
Tél. Domicile/Portable :				
Courriel :				
N° Sécurité sociale :				
Catégorie socioprof. :				

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

N° Allocataire C.A.F. : Régime social :
C.A.F. d'appartenance : C.A.F. DE LA MOSELLE Autre C.A.F.

Revenu mensuel Nbre Enfants à charge :

Famille : Couple Monoparentale Accueil

NOM ET ADRESSE DES EMPLOYEURS

	Mère	Père
Nom employeur :		
Adresse de l'employeur :		
Téléphone Travail/Poste :		

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 :