

ACCUEIL DE LOISIRS " LA RUCHETTE "
Communauté de Communes du Pays de Rouffach

7, rue des Ecoles
68250 PFAFFENHEIM
Téléphone : 03 89 49 60 94
Fax : 06 38 77 25 84
E-Mail : la-ruchette-pfaffenheim@orange.fr



PARENTS

Le 20/05/2011

RESPONSABLE LEGAL

Nom : **Nom de jeune fille :**
Prénom :
Adresse :
Complément d'adresse :
Code postal : **Ville :**
Téléphone 1 : **Téléphone 2 :**
E-mail :
Nationalité :
Qualité : Père / Mère / Tuteur / Beau-Père / Belle-Mère
Situation de famille : Marié / Célibataire / Divorcé / Concubin / Séparé / Pacsé
Profession :
Employeur :
Adresse professionnelle :
Code postal : **Ville :**
Téléphone professionnel :
E-mail professionnel :
Régime sécurité sociale : Général / Fonctionnaire / Autre / MSA
Caisse sécurité sociale : **Caisse CAF :**
Numéro allocataire CAF :

CONJOINT

Nom : **Nom de jeune fille :**
Prénom :
Adresse :
Complément d'adresse :
Code postal : **Ville :**
Téléphone 1 : **Téléphone 2 :**
E-Mail :
Nationalité :
Qualité : Père / Mère / Tuteur / Beau-Père / Belle-Mère
Situation de famille : Marié / Célibataire / Divorcé / Concubin / Séparé / Pacsé
Profession :
Employeur :
Adresse professionnelle :
Code postal : **Ville :**
Téléphone professionnel :
E-mail professionnel :
Régime sécurité sociale : Général / Fonctionnaire / Autre / MSA
Caisse sécurité sociale : **Caisse CAF :**
Numéro allocataire CAF :

Nb enfants total / à charge : / **Quotient familial :**
 Avis d'imposition ou n° CAF

Date : __/__/____

Signature des Parents :

Nom :



ENFANT Le 20/05/2011

Nom :

Prénom :

Sexe : Garçon / Fille

Date de naissance : __/__/____ **Lieu de naissance :**

Nationalité : **Langue maternelle :**

Classe : **Ecole :** **Commune :**

PERSONNES AUTORISEES A VENIR CHERCHER L'ENFANT

Nom : **Prénom :**

Adresse / CP / Ville :

Téléphones : **Lien de parenté :**

Nom : **Prénom :**

Adresse / CP / Ville :

Téléphones : **Lien de parenté :**

Nom : **Prénom :**

Adresse / CP / Ville :

Téléphones : **Lien de parenté :**

PERSONNES A PREVENIR EN CAS D'URGENCE

Nom : **Prénom :**

Adresse / CP / Ville :

Téléphones : **Lien de parenté :**

Nom : **Prénom :**

Adresse / CP / Ville :

Téléphones : **Lien de parenté :**

FRATRIE HORS DE LA STRUCTURE

Prénom : **né(e) le** __/__/____ **Prénom :** **né(e) le** __/__/____

Prénom : **né(e) le** __/__/____ **Prénom :** **né(e) le** __/__/____

Prénom : **né(e) le** __/__/____ **Prénom :** **né(e) le** __/__/____

ACTIVITES

.....

.....

.....

Date de demande : __/__/____ **Date d'inscription :** __/__/____

Refus droit à l'image

Attestation Assurance

Infos médicales

Cotisation : € **Date de paiement :** __/__/____

Date : __/__/____ Signature des parents :

Nom :



INFORMATIONS MEDICALES

ENFANT

Nom et prénom :

Date de naissance : _/ _/ _

Adresse / CP / Ville :

MEDECINS

Nom :

Adresse / CP / Ville :

Téléphone :

Spécialité :

VACCINS

DTP	_/_/_	_/_/_	_/_/_	_/_/_
BCG	_/_/_	_/_/_	_/_/_	_/_/_
Tetracoq	_/_/_	_/_/_	_/_/_	_/_/_
ROR	_/_/_	_/_/_	_/_/_	_/_/_

Autre : _/_/_ _/_/_ _/_/_ _/_/_

 //_ _/_/_ _/_/_ _/_/_

 //_ _/_/_ _/_/_ _/_/_

MALADIES INFANTILES

Coqueluche	_/_/_	Rougeole	_/_/_	Scarlatine	_/_/_
Oreillons	_/_/_	Rubéole	_/_/_	Varicelle	_/_/_

COMMENTAIRES

Antécédents médicaux :

.....

Interventions chirurgicales :

.....

Autres maladies :

.....

Allergies et conduite à tenir :

.....

Observations :

.....

.....

Date : _/ _/ _	Signature des Parents :
Nom :	