

PERISCOLAIRE / ACCUEIL DE LOISIRS WALDIGHOFFEN

Service Enfance Jeunesse

28 rue du Maréchal Joffre
68640 WALDIGHOFFEN
Téléphone : 03 89 07 79 16
Fax : 03 89 07 76 11
E-Mail :



ENFANT

Le 01/04/2009

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

ACTIVITES

.....
.....
.....

Date de demande : __/__/____ Date d'inscription : __/__/____
 Photocopie Carte d'Identité
 Autorisation photos et films
 Certificat de vaccination

Date : __/__/____ Signature :
Nom :

PERISCOLAIRE / ACCUEIL DE LOISIRS WALDIGHOFFEN

Service Enfance Jeunesse

28 rue du Maréchal Joffre
68640 WALDIGHOFFEN
Téléphone : 03 89 07 79 16
Fax : 03 89 07 76 11
E-Mail :



PARENTS

Le 01/04/2009

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 :**

Attestation d'assurance

Date : __/__/__

Signature :

Nom :

Communauté de Communes Ill et Gersbach
Service Enfance- Jeunesse « CAP SUR L'ILL »
28, rue du Maréchal Joffre
68640 WALDIGHOFFEN
Tel : 03.89.07.79.16

Je soussigné(e).....représentant
légal de l'enfant..... :

Autorise l'équipe pédagogique à utiliser l'image et la voix de mon/mes
enfant(s) à des fins strictes d'illustration et de promotion de ses activités non
commerciales (plaquette d'informations ou affiches, site Internet de la CCIIG,
photos, vidéo ou encore presse).

N'autorise pas l'équipe pédagogique à faire des photos et des films de
mon/mes enfant(s).

Fait àle.....

Signature