

PHOTO

Merci de coller
une photo récente
de l'enfant
ici

FOYER LAÏQUE DE KERYADO

ACTIVITES DE LOISIRS ET DE PLEIN AIR

Accueil Loisirs sans Hébergement

A l'Ecole RenéGuy Cadou - LORIENT

Fille ☐

Garçon ☐

Maternel ☐

Primaire ☐

N° MAELIS (repas ville Lorient) : QF CAF

Nom de l'Enfant

Prénom Né(e) le

Adresse

CP / Ville

Ecole fréquentée :

Nom, Prénom des parents ou responsable légal :

Profession du père

Employeur du père

Téléphones du père

Profession de la mère

Employeur de la mère

Téléphones de la mère

Adresse mail

Régime Allocations Familiales (CAF / MSA ...)

N° Allocataire

Autorisation du droit à l'image :

Je soussigné(e) M. agissant en tant
que représentant légal de l'enfant ci-nommé, autorise le
FLK à photographier mon enfant et publier l'image sur :

- ☐ tout support public de communication relatif à la promotion des activités de l'accueil de loisirs (presse, internet, réseaux sociaux)
- ☐ les expos photos et l'affichage au sein de l'accueil et des locaux du FLK.
- ☐ Sur le site sécurisé Fammies uniquement à destination des parents.

Consultation des Données Allocataires par le Partenaire (CDAP) :

Autorisez vous le FLK à consulter votre quotient familial sur le site de la CAF : ☐ OUI ☐ NON

SANTE

Voir la fiche sanitaire de liaison ci-jointe (à remplir avec le carnet de santé de l'enfant).

Indiquez sur cette fiche les problèmes particuliers concernant votre enfant (régime, traitement, maladie (ex. asthme) en cas d'allergie, joindre obligatoirement le protocole ou l'ordonnance.

Régime alimentaire spécifique : OUI ☐ Lequel ? NON ☐

Inscription et décharge

Ayant pris connaissance du fonctionnement du centre, je soussigné :

M. Responsable légal de l'enfant

- Certifie exacts les renseignements portés sur la fiche.
- Décharge les organisateurs de toutes responsabilités en cas d'accident qui pourrait survenir en dehors des activités du centre auquel il est inscrit.
- Autorise les organisateurs à prendre toutes mesures nécessaires en cas d'urgence médicale.
- Je m'engage à rembourser les honoraires médicaux et pharmaceutiques avancés par les organisateurs en raison des soins engagés.
- Je m'engage au paiement des journées d'inscriptions de mon – mes enfant(s) au centre.

A Le

Signature

Autorisez-vous votre enfant (âge primaire) à retourner seul à votre domicile ? :

OUI ☐ NON ☐

Si oui : autorisation parentale

Je soussigné (e)

.....

Autorise l'encadrement du FLK. à laisser mon enfant (âge primaire) à rentrer seul

Nom Prénom

SIGNATURE :

Noms des personnes majeures que j'autorise à prendre mon enfant en charge

.....

Pièces à joindre à ce formulaire :

- o Fiche sanitaire de liaison
- o Attestation de quotient familial CAF

Tout premier dossier d'inscription devra être validé par le secrétariat du FLK