

Nom de l'Accueil	Maternelle	Primaire	Numéro allocataire + QF	Facturation	
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Père <input type="checkbox"/>	Mère <input type="checkbox"/>

Nom(s) / Prénom(s) de l'enfant : .....

Date de naissance : ...../...../..... A : .....

Renseignements concernant la famille		
	Père	Mère
Noms / Prénoms Date et lieu de naissance		
Adresses		
N° de téléphones + mails		
Situation familiale	Mariés <input type="checkbox"/> Séparés <input type="checkbox"/>	Concubinage <input type="checkbox"/> Divorcés <input type="checkbox"/>
Professions		Célibataire <input type="checkbox"/> Pacsés <input type="checkbox"/>
Employeurs		Veuve <input type="checkbox"/>
Autorisation		
Personne majeure à venir chercher l'enfant	Nom(s) / Prénom(s) :	N° de téléphone(s) :

J'accepte que mon enfant participe à toutes les sorties pédagogiques organisées durant l'accueil de loisirs :

Oui  Non

J'accepte que mon enfant puisse être pris en photo pendant les activités et autorise l'exploitation de ces images :

- dans les outils d'information ou de communication de la municipalité : Oui  Non

- dans la presse locale : Oui  Non

**Certifie avoir pris connaissance du règlement :** Oui  Non

Fait à Sainte Suzanne, le : .....

**Signature du responsable légal :**