

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"/> Célibataire <input type="checkbox"/> Pacsés <input type="checkbox"/> Veuve <input type="checkbox"/>
Professions		
Employeurs		
Autorisation		
Personnes majeures autorisées 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 :