



Mairie de Dieuze
12 place de l'Hotel de Ville - 57260 DIEUZE
Service Péricolaire
Tél. 03 87 05 65 84

Adhésion le :

Sexe : M F

Nom, prénom de l'enfant

Né(e) le :

Ecole : Enseignant : Classe

Allergies :

Recommandations des parents :

PARENTS DE L'ENFANT

	Mère <input type="checkbox"/>	Belle-mère <input type="checkbox"/>	Responsable <input type="checkbox"/>	Père <input type="checkbox"/>	Beau-père <input type="checkbox"/>	Responsable <input type="checkbox"/>
Nom, Prénom :						
Adresse du domicile :						
Tél. Domicile/Portable :						
Courriel :						
N° Sécurité sociale :						
Catégorie socioprof. :						

J'autorise mon enfant, à rentrer seul à la fin des activités OUI NON

Quotient Familial: Nbre Enfants à charge

Famille : Parentale Monoparentale Recomposée Accueil

N° Allocataire C.A.F. : Régime social :

C.A.F. d'appartenance : C.A.F. DE LA MOSELLE Autre C.A.F.

NOM ET ADRESSE DES EMPLOYEURS

	Mère	Père
Nom employeur :		
Adresse de l'employeur :		
Téléphone Travail :		

En activité: OUI / NON

En activité: OUI / NON

Personnes à joindre en cas d'urgence (Nom+Téléphone) :

Nom/Prénom	Lien de parenté	N°Téléphone	Adresse

Je certifie que mon enfant bénéficie d'une assurance scolaire et extrascolaire

Nom de la compagnie : N°Téléphone N°Contrat :

En cas d'accident ou incident, j'autorise les responsables de la structure à prendre toutes les mesures nécessaires pour la sécurité, la santé et la moralité de mon enfant

Pendant les activités, j'autorise le personnel de la mairie à photographier et/ou à filmer mon enfant pour la création de souvenirs et d'archives.

OUI NON

J'autorise la mairie à utiliser ces supports pour sa promotion et son information (presse et journaux locaux, nouveau média, affiches...)

OUI NON

Médecin traitant Nom : Téléphone

Adresse :

Fait à, le Signature :