



Fiche Individuelle de Renseignements

FRANCAS FESCHES LE CHATEL
 1 BIS RUE DES ECOLES 25490 FESCHES LE CHATEL
e.mail : fescheslechatel.cdl@francas-doubs.fr
Tel : 06 75 41 10 72



Nom, prénom de l'enfant :

Ecole : Enseignant : Classe :

Régime alimentaire : Date de dernière mise à jour du carnet de santé

Allergies :

L'enfant sait-il nager ? OUI NON Piscine autorisée : OUI NON

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 :						
Date de naissance :						
Tél. Domicile/Portable :						
Tél. Professionnel :						
Courriel :						
Situation familiale :						
N° Sécurité sociale :						
Catégorie socioprof. :						
Quartier :						

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

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

C.A.F. d'appartenance : CAF DU DOUBS MSA de Franche-Comté Autre C.A.F.

Type de famille : Parentale Monoparentale Recomposée Accueil

NOM ET ADRESSE DES EMPLOYEURS

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

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

Nom/Prénom	Lien de parenté	N°Téléphone	Adresse
------------	-----------------	-------------	---------

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

OUI NON

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

OUI NON

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

OUI NON

Fait à, le Signature :