

Patronage Laïque Le Gouill-Stade Quilbignonnais

15, rue Jean-François Tartu - 29200 Brest - 02.98.05.54.37

Courriel: accueil@patrolegouill.fr - Centre des loisirs: alsh@patrolegouill.fr

Site du PLLG-SQ: http://www.patrolegouill.fr

FICHE	ENFANT	2024/2025	
ALSH Mercredis Vacances	Club Ados		
NOM: Prénom	ı:		
Date de naissance : à		Age	
COORDONNEES			
Responsable légal 1 Civilité:	Responsable légal		
Nom/Prénom :	Nom/Prénom :		
N° Sécu :	N° Sécu:	:	
Liens: Son fils	Liens: Son fils		
Sa fille	Sa fille 🗌		
N°/Rue :	N°/Rue :		
CP: Ville: Tél.: Mobile: Mail:	CP:Ville: Tél.:		
Factures par mail : Oui Non Secteur : St Pierre (Haut Rive Droite) Autres Brest BMO	 Recouvrance (Bas Rive Droite) Hors BMO		
Si autre responsable, précisez (nom, prénom, adre	esse) : 		
PIECES			
Allocations AEEH : Oui Non Caisse : CAF MSA			
Quotient familial :€ N° CAF :			

QUESTIONNAIRE				
Compagnie d'assurance :				
L'enfant vit chez : Ses parents S	a mère 🔲 S	5on père 🔲		
Garde alternée 🔃 F	amille d'accueil 🔲 F	Foyer 🗌		
<u>Divers</u>	Conformén	nent à la loi relative à		
Autoriser publication d'une photo : Oui Non disposez d'un droit d'accès et de				
Autorisation de rentrer seul(e): Oui No	n rectification rectification sur simple	on des données vous concernant demande.		
Autorisation				
A qui téléphoner en cas d'urgence (Nom/Prénom/Téléphone) : Mère 🗌 Père 🔲 Autre 🗌				
Autres personnes autorisées à venir chercher l'enfant (Nom/Prénom/Téléphone) :				
NAVETTE				
Ecole: Jean De La Fontaine Paul Eluard Classe:				
MEDICAL				
Information médicale (allergies, lunettes, etc): Information alimentaire:				
Je soussigné(e)				
Responsable de l'enfant				
1 - Autorise les responsables du centre :				
. à le faire soigner et à l'hospitaliser en cas d'urgence. 2 - Autorise mon enfant :				
. à participer aux activités du centre,				
. à se baigner. 3 - Accepte et atteste avoir pris connaissance du projet associatif et du projet pédagogique.				
4 - Accepte et atteste avoir pris connaissance du règlement intérieur (disponible sur demande à l'accueil).				
	Fait à	le		
	Signature			
A REMPLIR PAR LE SERVICE				
CERTIFICAT COTISATION	REGLEMENT	DATE COURT		
		DATE COMPLET		

MEDICAL

FOL

F*SG*T

UFOLEP

ESPECES

CHEQUE