

FICHE D'ADHESION ET D'INSCRIPTION AU CENTRE SOCIAL (De septembre 2025 à août 2026)

PARENT 1 : NOM- PRENOM (M./Mme) DATE ET LIEU DE NAISSANCE ADRESSE Tél. domicile Tél portable Tél travail E-mail	PARENT 2 : NOM- PRENOM (M./Mme) DATE ET LIEU DE NAISSANCE ADRESSE Tél. domicile Tél portable Tél travail E-mail
--	--

REGIME D'APPARTENANCE POUR LES PRESTATIONS FAMILIALES	
CAISSE D'ALLOCATIONS FAMILIALES N° Allocataire : QF : ☐ J'autorise ☐ Je n'autorise pas le Centre Social à consulter mon dossier auprès de la CAF	AUTRE REGIME (MSA ...) Lequel : N° :

PARTICIPANTS AUX ACTIVITES (Inscrire tous les participants dans le tableau ci-dessous)

NOM	PRENOM	DATE NAISSANCE	Tél. Portable (ados)	SCOLARISÉ.E. (noter l'établissement dans lequel est inscrit votre enfant et sa classe)

Je soussigné(e) : M. ou Mme :

- ☐ Certifie avoir contracté une assurance en responsabilité civile,
- ☐ Déclare avoir pris connaissance et accepter le règlement de fonctionnement de la structure,
- ☐ Autorise les responsables de l'établissement à prendre en cas d'accident grave les mesures
Jugées nécessaires par un médecin.

Fait à Unieux le :

Signature :

CADRE RESERVE AU CENTRE SOCIAL (ne pas remplir)
ADHESION ANNUELLE DE 10 € PAR FAMILLE REGLEE PAR :

☐ CHEQUE BANCAIRE
 ☐ CARTE BANCAIRE
 ☐ ESPECES
 ☐ CHEQUE VACANCES



AUTORISATION PARENTALE ET RENSEIGNEMENTS MEDICAUX

1 fiche par enfant

ENFANT		DATE DE NAISSANCE	SCOLARISÉ.E. (Noter l'établissement dans lequel est inscrit votre enfant et sa classe)	Numéro de téléphone (Ados)
NOM	PRENOM			

Date des vaccins antitétaniques (*joindre obligatoirement une photocopie du carnet de santé*) :

Mutuelle : Nom..... N° d'adhérent

Nom n° de téléphone et lieux du médecin traitant :

☐ J'autorise ☐ Je n'autorise pas la pratique de l'anesthésie

Régime alimentaire :

Allergies ou observations particulières / PAI :

BENEFICIAIRE AEEH ☐ (Joindre le justificatif de la CAF ou de la MSA)

Pour tout traitement médical, merci de nous fournir une ordonnance à jour.

Nom et n° de téléphone des personnes à prévenir en cas d'urgence :

Je soussigné(e) M. ou Mme Autorise l'établissement à prendre toutes les mesures nécessaires en cas d'urgence.

AUTORISATIONS :

☐ J'autorise ☐ Je n'autorise pas mon (mes) enfant(s) à quitter seul(s) le centre social après les activités
 Ou en cas d'absence de l'animateur.

☐ J'autorise ☐ Je n'autorise pas mon (mes) enfant(s) à être photographié(s) et filmé(s) dans le cadre
 Des activités organisées par le centre social (publication dans le blog, le journal...)

☐ J'autorise ☐ Je n'autorise pas mon (mes) enfant(s) à participer aux baignades surveillées

DESIGNATION DES PERSONNES AUTORISÉES A REPRENDRE LE OU LES ENFANTS (*en dehors des parents 1 et 2*) :

NOM	PRENOM	LIEN DE PARENTE	TELEPHONE

Fait à Unieux le

Signature des parents ou du représentant légal