

# FEDERATION DEPARTEMENTALE DES FOYERS RURAUX DE MOSELLE

14, grand'rue - 57420 GOIN - Tél : 03.87.52.41.97 - Fax : 03.87.52.45.93

Site internet : www.foyers-ruraux-lorraine.org - E-mail : fdfr.57@mouvement-rural.org

Né(e) le :

Ecole : ..... Enseignant : ..... Classe : .....

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

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

Allergies : .....

Recommandations des parents :  
.....  
.....

### PARENTS DE L'ENFANT

	Mère	Responsable de l'enfant <input type="checkbox"/>	Père	Responsable de l'enfant <input type="checkbox"/>
Nom, Prénom :				
Adresse du domicile :				
Tél. Domicile/Portable :				
Courriel :				

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

N° Allocataire C.A.F. : .....

C.A.F. d'appartenance : CAF de la Moselle  Autre C.A.F. ....

### NOM ET ADRESSE DES EMPLOYEURS

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

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

Si Non, nom de la ou des personnes susceptibles de venir chercher mon enfant

Nom/Prénom	Lien de parenté	N°Téléphone	Adresse

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 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

**Médecin traitant :** Nom : ..... Téléphone .....

Adresse : .....

Fait à ....., le ..... Signature :

Nom et adresse de facturation :  
.....  
.....