

FRANCAS MOUV'ADOS  
 4 allée Denise Arnoux  
 25320 CHEMAUDIN ET VAUX  
 Tél. : 06 70 91 62 17  
 Email : francasmouvados@gmail.com

Nom, prénom de l'enfant  Né(e) le :

Adhésion le : ..... Sexe : M  F

Collège / Lycée : ..... Classe .....  
 L'enfant sait-il nager ? OUI  NON  Piscine autorisée : OUI  NON   
 Régime alimentaire : ..... Date de dernière mise à jour de la fiche sanitaire.....  
 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 :				
Tél. Professionnel :				
Courriel :				
N° Sécurité sociale :				

Famille : Parentale  Monoparentale  Recomposée  Accueil

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

N° Allocataire C.A.F. : ..... Régime social : .....  
 C.A.F. d'appartenance CAF DU DOUBS  Autre C.A.F. ....

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

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

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

**Transports / Ramassages :**

**Pour les jeunes de Montferrand le Château, veuillez indiquer l'arrêt de bus de départ et de retour:**  
 Arrêt de bus «Marne» -  Arrêt de bus «La Fontaine» -  Arrêt de bus «Mairie» -  Arrêt de bus «Marronniers»  
**Pour les jeunes de Boussières, veuillez indiquer l'arrêt de bus de départ et de retour:**  
 Arrêt de bus «Boussières Papeterie» -  Arrêt de bus « Boussières Villages - Route de Besan çon»

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

Adresse : .....

Fait à ..... , le ..... Signature :