



Mairie de Dieuze  
12 place de l'Hotel de Ville - 57260 DIEUZE  
Service Péricolaire  
Tél. 03 87 05 65 84

Adhésion le : .....

Sexe : M  F

Nom, prénom de l'enfant

Né(e) le :

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

Allergies : .....

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 :						
Tél. Domicile/Portable :						
Courriel :						
N° Sécurité sociale :						
Catégorie socioprof. :						

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

Quotient Familial: ..... Nbre Enfants à charge .....

Famille : Parentale  Monoparentale  Recomposée  Accueil

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

C.A.F. d'appartenance : C.A.F. DE LA MOSELLE  Autre C.A.F. ....

**NOM ET ADRESSE DES EMPLOYEURS**

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

En activité: OUI / NON

En activité: OUI / NON

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

Nom/Prénom	Lien de parenté	N°Téléphone	Adresse

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

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

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 la mairie à photographier et/ou à filmer mon enfant pour la création de souvenirs et d'archives.

OUI  NON

J'autorise la mairie 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 :