



**ACM LEO LAGRANGE MEDITERRANEE**  
**Site de St Zacharie**



**1 Boulevard de la Révolution**  
**83640- SAINT ZACHARIE**  
**04.42.32.65.25**  
**stzacharie@leolagrange.org**

## FICHE DE RENSEIGNEMENTS 2024 - 2025

### L'ENFANT

NOM : .....

Prénom : .....

Sexe : .....

Date de naissance : .....

Etablissement scolaire fréquenté : ..... Classe : .....

L'enfant bénéficie-t-il d'un/e AVS (Auxiliaire de Vie Scolaire) ou d'un AESH (Accompagnant des Elèves en Situation de Handicap) :  Oui  Non

Photo  
Obligatoire

**PARENT 1 - responsable légal de l'enfant :** lien de parenté : .....

NOM : .....Prénom : .....

Adresse : .....

Coordonnées : Fixe.....

Bureau.....

Portable.....

Mail.....

**PARENT 2 - responsable légal de l'enfant** lien de parenté : .....

NOM .....Prénom : .....

Adresse : .....

Coordonnées : Fixe.....

Bureau.....

Portable.....

Mail.....

**Rappel :** tout changement de numéro de téléphone des responsables légaux doit impérativement être transmis au Directeur de l'accueil Collectif de Mineurs.

### RENSEIGNEMENTS ADMINISTRATIFS :

Régime général  Régime maritime  MSA/EDF/GDF/SNCF/RATP

Adresse du centre payeur : .....

N° de CAF : .....  
QF: ..... Date d'effet : .....  
Assurance responsabilité civile : .....  
Profession Parent 1 : ..... Employeur : .....  
Profession Parent 2 : ..... Employeur : .....  
Nombre d'enfants dans la famille : .....  
Numéro de Sécurité Sociale (de rattachement de l'enfant) :  
.....  
Situation familiale : .....

## AUTORISATIONS :

Je soussigné(e) Madame et/ou Monsieur....., responsable de l'enfant..... l'autorise à :

- Prendre part à toutes les activités et sorties organisées par la structure.  Oui  Non
- A partir seul/e à la fin des activités et sorties (*pour l'Espace jeunes seulement*)  Oui  Non
- A partir seul/e à la fin des soirées (*pour l'Espace jeunes seulement*)  Oui  Non
- A prendre les transports collectifs et en communs avec l'Equipe d'Encadrement  Oui  Non

## **Personnes (majeures) habilitées à venir chercher votre enfant en votre absence en présentant une pièce d'identité :**

Nom/prénom : ..... ☎ : /.../.../.../.../.../ Age : ..... Lien de parenté : .....  
Nom/prénom : ..... ☎ : /.../.../.../.../.../ Age : ..... Lien de parenté : .....  
Nom/prénom : ..... ☎ : /.../.../.../.../.../ Age : ..... Lien de parenté : .....  
Nom/prénom : ..... ☎ : /.../.../.../.../.../ Age : ..... Lien de parenté : .....

## **Si interdiction de récupération de l'enfant :**

Nom et prénom de la personne interdite de récupérer l'enfant .....

**Il faut impérativement fournir un justificatif en cas d'interdiction de récupération.**

## **Accès CAF CDAP**

- J'autorise
- Je n'autorise pas

La direction de la structure à consulter mon dossier allocataire CAF CDAP afin d'accéder directement aux ressources (quotient, revenus, nombre d'enfants à charges...). Le service CAF CDAP respecte les règles de confidentialités. La CAF attribue un identifiant et un mot de passe qui est strictement personnel et confidentiel à la direction de la structure.

Je soussigné(e).....responsable légal de l'enfant : .....

Déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche.

Déclare avoir pris connaissance et accepte le règlement intérieur

Fait à..... Le.....

**Signature des deux parents :**