

C.A.R FICHE de RENSEIGNEMENTS 2025/2026 (sept.2025/ août 2026)		
ENFANT		
NOM	PRÉNOM	DATE DE NAISSANCE
SEXE	ÉCOLE	CLASSE
Féminin <input type="checkbox"/> / Masculin <input type="checkbox"/>		

COORDONNÉES DES PARENTS OU RESPONSABLES							
Situation familiale	Mariés	Pacsés	Séparés	Divorcés	veuf(ve)	Concubinage	Célibataire
Parent 1		Parent 2			Autre représentant légal		
NOM		NOM			NOM		
Prénom		Prénom			Prénom		
Adresse		Adresse (si différente)			Adresse (si différente)		
Tél domicile		Tél domicile (si différent)			Tél domicile (si différent)		
Tél portable		Tél portable			Tél portable		
Tél travail		Tél travail			Tél travail		

COORDONNÉES DU PARENT ALLOCATAIRE			
NOM Prénom	N° CAF ou MSA (obligatoire)	Quotient Familial	En date du

ADRESSE E.MAIL DU REPRÉSENTANT LÉgal
@

ASSURANCE RESPONSABILITÉ .CIVILE	COMPAGNIE	N° CONTRAT

**PERSONNES AUTORISEES A VENIR CHERCHER VOTRE ENFANT** (autre que les parents)

NOM : ..... lien..... Tél : .....

NOM : ..... lien..... Tél : .....

NOM : ..... lien..... Tél : .....

Aucun enfant ne sera confié à une personne non autorisée par écrit à venir le chercher.

Si l’un des deux parents n’est pas autorisé par décision de justice à venir chercher l’enfant, une copie de cette décision doit être fournie.

*L’enfant est sous la responsabilité de l’association durant l’ouverture du centre. Elle ne peut en aucun cas être tenue responsable d’accident survenant en dehors des heures d’ouverture.*

**AUTORISATIONS**

Je, soussigné (e).....père / mère / tuteur

➤ Donne mon accord pour la pratique des activités qui sont normalement prévues

➤ autorise mon enfant à quitter seul le centre : ☐ Oui ☐ Non si oui à partir de quelle heure.....

➤ autorise l’association C.A.R. à utiliser la photo de mon (mes) enfant(s)

- pour une communication interne (panneau d’affiche) ☐ Oui ☐ Non

- pour une communication externe (presse) ☐ Oui ☐ Non

➤ autorise le directeur du centre à prendre toutes les mesures nécessaires en cas d’accident ou de maladie, les lieux d’hospitalisation étant décidés par les structures d’urgence.

Fait à ..... Le ..... Signature

(Ma signature valide les règlements intérieurs et autorise la structure à saisir mes informations personnelles et sanitaires)

En application de la loi informatique du 6 janvier 1978, vous disposez d’un droit d’accès et de rectification aux données vous concernant et conservées par le C.A.R. En aucun cas ces données de seront vendues ni échangées.

CHECK LISTE DES DOCUMENTS À FOURNIR POUR UN DOSSIER COMPLET
<input type="checkbox"/> Fiche de renseignements 2025/2026 (ci contre)
<input type="checkbox"/> Fiche sanitaire 2025/2026
<input type="checkbox"/> Photocopie des vaccins (à jour)
<input type="checkbox"/> Attestation de quotient familial (à jour) / N°allocataire
<input type="checkbox"/> Assurance responsabilité civile
<input type="checkbox"/> RIB