



Nom de l'enfant : .....

Prénom de l'enfant : .....

Sexe : Masculin / Féminin

Date de naissance : .....

Né(e) à : .....

Date inscription : .....

Groupe de l'enfant : .....

Ecole : .....

Classe : .....

Section : .....

N= ADH : .....

Assureur : .....

Médecin traitant : .....

Lieu d'hospitalisation : Thonon / CHAL

NH CAF : .....

Type de repas : Normal / Sans Porc / Autres .....

Autorisation de transport en véhicule : Oui / Non

Droit à l'image : Oui / Non

Autorisation d'intervention médical : Oui / Non

Nom du responsable (facturation) : .....

Né(e) le : .....

Prénom du responsable : .....

Situation familiale : .....

Adresse : .....

Ville : .....

Quartier : .....

Tél. Domicile : .....

Tél. Portable : .....

Tél. Professionnel : .....

NH allocataire CAF : .....

Régime : .....

Sous tutelle financière : .....

Quotient 1 : .....

Nom de la CAF : .....

Organisme de tutelle : .....

PERE : Nom : .....

Prénom : .....

Né(e) le : .....

Email : .....

Adresse : .....

Ville : .....

Tél. Domicile : .....

Tél. Portable : .....

Employeur : .....

Tél. Professionnel : .....

Profession : .....

MERE : Nom : .....

Prénom : .....

Née le : .....

Email : .....

Adresse : .....

Ville : .....

Tél. Domicile : .....

Tél. Portable : .....

Employeur : .....

Tél. Professionnel : .....

Profession : .....

Observations : .....

J'accepte les modalités du règlement intérieur.

Je soussigné(e) ..... Déclare exacte les renseignements notifiés ci-dessus

Fait à ....., le : ...../...../20.....

**Signature :**



**INDIQUEZ CI-APRES :**

LES DIFFICULTES DE SANTE (MALADIE, ACCIDENT, CRISES CONVULSIVES, OPERATIONS, REEDUCATION) EN PRECISANT LES DATES ET LES PRECAUTIONS A PRENDRE.

.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....

**4 - RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS**

VOTRE ENFANT PORTE-T-IL DES LENTILLES, DES LUNETTES, DES PROTHESES AUDITIVES, DES PROTHESES DENTAIRE, ETC...  
PRECISEZ.

.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....

**5 - RESPONSABLE DE L'ENFANT**

NOM : ..... PRENOM : .....  
ADRESSE PENDANT LE SEJOUR : .....  
.....  
TEL. FIXE (ET PORTABLE), DOMICILE : ..... BUREAU : .....  
NOM ET TEL. DU MEDECIN TRAITANT (facultatif).....

Je soussigné, ..... responsable légal de l'enfant, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise le responsable du séjour à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de l'enfant.

Date : ..... Signature

**A REMPLIR PAR LE DIRECTEUR A L'ATTENTION DES FAMILLES  
COORDONNEES DE LA STRUCTURE**

AFR DOUVAIN  
CHEMIN DU MAISSE  
74140 DOUVAIN

Tél. : 04.50.94.17.03 Fax : 04.50.94.17.03 Email : afr.douvaine@wanadoo.fr

**OBSERVATIONS**

.....  
.....  
.....  
.....  
.....

# LISTE DES DOCUMENTS A FOURNIR

2024 -2025

## A REMPLIR & SIGNER :

- Dossier enfant\* (1 par enfant).
- Fiche sanitaire\* (1 par enfant).
- Procuration parentale (1 par famille).
- Autorisations spécifiques obligatoires\* (1 par famille).
- Droit à l'image (1 par famille).

## DOCUMENTS :

- Photocopie carnet de vaccinations\* (1 par enfant).
- Photocopie de l'assurance Responsabilité Civile\* (1 par enfant).
- Attestation de quotient familial CAF\*.
  - Si non, attestation non-allocataire CAF\*.

## DOCUMENTS FACULTATIFS :

- Dérogation enfant moins de 3 ans (voir règlement).
  - Sur dérogation de la direction.
- CERFA-Sortie de territoire :
  - Obligatoire lors des sorties en Suisse (1 par enfant).
- Photocopie carte d'identité ou passeport de l'enfant.
  - Obligatoire lors des sorties en Suisse.
- Photocopie carte d'identité ou passeport du responsable.
  - Obligatoire lors des sorties en Suisse.
- Bons vacances CAF (si bénéficiaire).
- Photocopie du jugement en cas de divorce.

Pour tout nouveau dossier n'oubliez pas de prendre un rendez-vous auprès du secrétariat, pour rapporter et valider votre dossier.

Aucune inscription ne sera validée si le dossier n'est pas complet ou à jour.

Pour les adhérents vous pouvez faire les mises à jour sur le portail famille.

N° DE TELEPHONE : 04.50.94.17.03

(\* ) Document à mettre à jour pour chaque nouvelle année scolaire.

# AUTORISATION SPECIFIQUE OBLIGATOIRES

## 2024 -2025

Je soussigné(e) (NOM et PRENOM) : .....

Représentant légal de/des enfant(s) (NOM et PRENOM) :

- .....
- .....
- .....

Autorise la Direction de l'AFR à :

- Faire hospitaliser mon enfant en cas de nécessité absolue, notamment sur l'hôpital de Thonon-Bains ou d'Annemasse.
- Lui donner tous les soins urgents que peut réclamer son état (selon prescription médicale).
- Lui donner des granules homéopathiques d'Arnica.
- Autorisation d'accès mon compte partenaire CAF

Afin de réduire l'impact sur l'environnement, l'ensemble des documents (factures, relances, carte d'adhésion etc.) seront envoyés uniquement par mail ou disponible sur le Portail familles. De plus, certains documents du dossier étant à tacite reconduction, il est de votre responsabilité de nous tenir informés en cas de modification des informations. Enfin, toute modification du carnet de vaccinations (ex : rappel de vaccins) doit nous être transmis.

Veuillez renseigner l'adresse électronique référente pour l'envoi des documents et l'accès au Portail familles :

Adresse e-mail : .....

(Vous ne pouvez désigner qu'une adresse mail).

Enfin, je certifie avoir pris connaissance du Règlement Intérieur de l'AFR (version mise à jour à la suite de l'AG du mercredi 22 mai 2024).

Je m'engage par la présente à respecter scrupuleusement les stipulations de ce règlement.

A ..... , le ...../...../ 20.....

SIGNATURE :

# DROIT A L'IMAGE

## 2024 -2025

Lors de la présence de votre enfant à l'AFR de DOUVAINES, des **photos** et **vidéos** sont prises par l'équipe. Ces photos et vidéos sont susceptibles d'être affichées dans nos locaux, de paraître sur notre site internet ou de nos partenaires, mais également dans le journal de la ville de Douvaine.

La plupart des photos et vidéos sont utilisées lors de la création d'activités avec vos enfants.

Afin d'être en règle avec l'article 9 du code civil (respect de la vie privée), nous avons besoin de votre accord pour l'usage de ces photos, sans limite dans le temps.

Je soussigné (**NOM et PRENOM**) : .....

Représentant légal de/des enfant(s) (**NOM et PRENOM**) :

- .....
- .....
- .....

Accepte

N'accepte pas

Que les photos et vidéos prises par l'AFR de Douvaine sur lesquelles mon/mes enfant(s) peut(vent) figurer soient utilisées par l'AFR de Douvaine.

**Cette autorisation est renouvelée par tacite reconduction d'année en année sauf indication contraire de votre part.**

A ..... , le ...../...../ 20.....

**SIGNATURE :**



# ATTESTATION NON-ALLOCATAIRE CAF

## 2024 -2025

Nom Prénom du responsable de l'enfant : .....

Date de naissance : ...../...../20.....

Nom Prénom de/des enfants :

- .....
- .....
- .....

Adresse :

.....  
.....

Atteste ne pas être titulaire d'un numéro allocataire et/ou ne pas bénéficier d'un quotient familial CAF.

**Cette attestation est renouvelée par tacite reconduction d'année en année sauf indication contraire de votre part.**

A ....., le ...../...../ 20.....

**SIGNATURE :**