

FICHE D'INSCRIPTION*

Accueil de Loisirs -

* Remplir toutes les données et joindre tous les justificatifs demandés.

IDENTITÉ DE L'ENFANT

ENFANT 1

Nom : Prénom :
Date de naissance : Âges : ans Sexe : F - M

ENFANT 2

Nom : Prénom :
Date de naissance : Âges : ans Sexe : F - M

ENFANT 3

Nom : Prénom :
Date de naissance : Âges : ans Sexe : F - M

INFORMATIONS FAMILIALES ET ADMINISTRATIVES

Situation des parents : Célibataire Vie Maritale Pacsés Mariés Séparés Veuf

IDENTITÉ DE LA MÈRE ou tuteur légal ou parent 1

Nom-Prénom :
Adresse du domicile :
.....

Code postal :
Ville :

Tel fixe :
Tel portable :
Tel professionnel :
Email :

Profession :
.....

La mère est destinataire des factures
 AUTRE (préciser) :
.....

IDENTITÉ Du père ou tuteur légal ou parent 1

Nom-Prénom :
Adresse du domicile :
.....

Code postal :
Ville :

Tel fixe :
Tel portable :
Tel professionnel :
Email :

Profession :
.....

Le père est destinataire des factures
 AUTRE (préciser) :
.....

Personnes à contacter et/ou autorisées à venir chercher l'enfant en cas d'urgence ou d'indisponibilité des parents (présentation d'une pièce d'identité)

Nom-Prénom : Qualité : Tel :

Nom-Prénom : Qualité : Tel :

Nom-Prénom : Qualité : Tel :

Nom-Prénom : Qualité : Tel :

ASSURANCE RESPONSABILITÉ CIVILE (joindre un justificatif)

- Attestation d'assurance transmise

ALLOCATIONS FAMILIALES (joindre un justificatif)

- Attestation de quotient familial CAF transmise
 Attestation de quotient familial MSA transmise

Quotien familial (à la date de l'inscription) :

Modification le Nouveau Quotien :

Modification le Nouveau Quotien :

INFORMATIONS ALIMENTAIRES

- Fiche sanitaire de liaison transmise

Enfant 1 :

- Sans porc
 Végétarien
 Allergie(s) alimentaire(s) : (précisez) :

Enfant 2 :

- Sans porc
 Végétarien
 Allergie(s) alimentaire(s) : (précisez) :

Enfant 3 :

- Sans porc
 Végétarien
 Allergie(s) alimentaire(s) : (précisez) :

Pour toutes allergies alimentaires, nous vous demandons de nous fournir un PAI (Protocole d'Accueil Individualisé), si tel n'est pas le cas nous ne pourrions pas prendre en charge les repas/gouters de vos enfants.

INFORMATIONS MÉDICALES ET SPORTIVES

Enfant 1 :

Mon enfant sait nager : oui non

Mon enfant sait faire du vélo : oui non

OBSERVATIONS COMPLÉMENTAIRES : (Port de lunettes, appareil dentaire...)

Port de lunettes Appareil dentaire Autre(s) :

Enfant 2 :

Mon enfant sait nager : oui non

Mon enfant sait faire du vélo : oui non

OBSERVATIONS COMPLÉMENTAIRES : (Port de lunettes, appareil dentaire...)

Port de lunettes Appareil dentaire Autre(s) :

Enfant 3 :

Mon enfant sait nager : oui non

Mon enfant sait faire du vélo : oui non

OBSERVATIONS COMPLÉMENTAIRES : (Port de lunettes, appareil dentaire...)

Port de lunettes Appareil dentaire Autre(s) :