Fiche Inscription périscolaire et mercredis

Responsable légal-Responsables légaux		
Lien avec l'enfant :	Mère Père Autre	Mère Père Autre
Nom Prénom :		
Date de naissance :		
Adresse :		
Téléphone Fixe :		
Téléphone Portable :		
Email :		
Lieu de travail :		
Téléphone professionnel :		

	CAF	MSA
Numéro allocataire		
Quotient familial		
Bon Caf (si oui,combien ?)		
Bon MSA (si oui,combien ?)		

Personnes pouvant être appelées et venir chercher l'enfant		
Nom Prénom	Lien avec l'enfant	Numéro de téléphone

Autorisation :

En inscrivant votre enfant au centre de loisirs, vous acceptez qu'il soit transporté en car, bus, tramway et qu'il participe aux activités selon le programme de l'ALSH.

Absences :

Les absences ne seront remboursées que sur présentation d'un certificat médical.

Tout dépassement d'heure sera facturé en supplément.

Je certifie sur l'honneur l'exactitude des renseignements ci-dessus.

Fait à Le :

Signature du responsable légal ou des responsables légaux :

Enfant 1	
Nom Prénom :	
Date de Naissance :	
Classe :	
Adresse Principale : si différente	
Nom du médecin traitant + téléphone :	
Traitement Médical en cours :	
Allergie Alimentaire :	
Allergie Medicamenteuse :	
Enfant sachant nager (25m) :	
Recommandation, Autre :	

Inscription enfant 1					
	Lundi	Mardi		Jeudi	Vendredi
Périscolaire matin (7h15-8h35)					
Périscolaire soir (16h30-18h15)					
Mercredi					

L'enfant rentrera seul après l'accueil de loisirs : OUI ☐ NON ☐

Merci de joindre une photocopie des pages de vaccination et l'attestation d'assurance qui sont INDISPENSABLES pour acceuillir votre enfant.

Droit d'image :

J'accepte que mon enfant soit pris en photo à des fins professionnelles pour l'ALSH. Document joint à remplir et à signer

OUI ☐ **NON** ☐

J'autorise le Centre de loisirs à prendre le cas échéant, toutes les mesures nécessaires si l'état de santé de l'enfant justifie (Hospitalisation, médecin...).

OUI ☐ **NON** ☐

Fait à : le :

Signature du responsable légal ou des responsables légaux :

Enfant 2	
Nom Prénom :	
Date de Naissance :	
Classe:	
Adresse Principale : si différente	
Nom du médecin traitant + téléphone :	
Traitement Médical en cours :	
Allergie Alimentaire :	
Allergie Medicamenteuse :	
Enfant sachant nager (25m) :	
Recommandation, Autre :	

Inscription enfant 2					
	Lundi	Mardi		Jeudi	Vendredi
Périscolaire matin (7h15-8h35)					
Périscolaire soir (16h30-18h15)					
Mercredi					

L'enfant rentrera seul après l'accueil de loisirs : OUI ☐ NON ☐

Merci de joindre une photocopie des pages de vaccination et l'attestation d'assurance qui sont INDISPENSABLES pour acceuillir votre enfant.

Droit d'image :

J'accepte que mon enfant soit pris en photo à des fins professionnelles pour l'ALSH. Document joint à remplir et à signer

OUI ☐ **NON** ☐

J'autorise le Centre de loisirs à prendre le cas échéant, toutes les mesures nécessaires si l'état de santé de l'enfant justifie (Hospitalisation, médecin...).

OUI ☐ **NON** ☐

Fait à : le :

Signature du responsable légal ou des responsables légaux :

Enfant 3	
Nom Prénom :	
Date de Naissance :	
Classe:	
Adresse Principale : si différente	
Nom du médecin traitant + téléphone :	
Traitement médical en cours :	
Allergie Alimentaire :	
Allergie Medicamenteuse :	
Enfant sachant nager (25m) :	
Recommandation, Autre :	

Inscription enfant 3					
	Lundi	Mardi		Jeudi	Vendredi
Périscolaire matin (7h15-8h35)					
Périscolaire soir (16h30-18h15)					
Mercredi					

L'enfant rentrera seul après l'accueil de loisirs : OUI ☐ NON ☐

Merci de joindre une photocopie des pages de vaccination et l'attestation d'assurance qui sont INDISPENSABLES pour acceuillir votre enfant.

Droit d'image :

J'accepte que mon enfant soit pris en photo à des fins professionnelles pour l'ALSH. Document joint à remplir et à signer

OUI ☐ **NON** ☐

J'autorise le Centre de loisirs à prendre le cas échéant, toutes les mesures nécessaires si l'état de santé de l'enfant justifie (Hospitalisation, médecin...).

OUI ☐ **NON** ☐

Fait à : le :

Signature du responsable légal ou des responsables légaux :