



ACCUEIL DE LOISIRS
(Accueil de Loisirs sans hébergement)
MUR DE BRETAGNE
DOSSIER INSCRIPTION

Nom de l'enfant : **Prénom**.....

Date de Naissance : .../... /..... **Lieu de naissance :** **Age :**

Classe et école Fréquentées : **Commune :**

Nom et prénom des frères et sœurs :

Adresse :

N° de téléphone en cas d'urgence : Domicile : ☎

Portable : ① **②** ☎

Au Travail :

Mère : ☎

Père : ☎

Autres : ☎

Je souhaite recevoir par mail les différentes informations concernant les plannings, Les activités etc ... mis en place par la mairie. Mail : _____

Situation familiale : vie maritale Union Libre Divorcé(e) Veuf (ve)

Nom du responsable Légal :

Adresse du responsable légal si différente.....

.....

De quelle caisse d'allocation familiale dépendez-vous :

CAF **MSA** **Autres**

précisez.....

N° d'Allocataire : **Quotient Familial (fournir une attestation) :**

Assurance de l'enfant : extra scolaire Responsabilité civile (fournir une attestation)

Compagnie d assurance : **N° Police d'assurance :**

Représentant légal de l'enfant :

J'autorise mon enfant à participer aux sorties de l'alsh (déplacement en car ou autre)

J'autorise la prise de photos ou de films de mon enfant pour des publications locales ou des expositions sur l'accueil de loisirs.

J'autorise mon enfant à quitter l'ALSH seul oui non

PERSONNES A APPELER EN CAS D URGENCE AUTRE QUE LE RESPONSABLE LEGAL

Nom : _____ Prénom : _____ A appeler en cas d urgence

Lien avec l'enfant _____

Adresse : _____

Code postal : _____ Commune : _____

Téléphone domicile : _____ Téléphone portable : _____

Téléphone travail : _____ N° de Poste : _____

PERSONNES AUTORISEES A PRENDRE L'ENFANT A L'ALSH AUTRE QUE LE RESPONSABLE LEGAL

Nom : _____ Prénom : _____

Lien avec l'enfant _____ Autorisé à prendre l'enfant

Adresse : _____

Code postal : _____ Commune : _____

Téléphone domicile : _____ Téléphone portable : _____

Téléphone travail : _____ N° de Poste : _____

Ayant pris connaissance du fonctionnement de l'ALSH,

- ① Je certifie exact les renseignements portés sur la fiche et m'engage à signaler tous changements.
- ② Je décharge les organisateurs de toutes responsabilités, en cas d'accidents qui pourrait survenir aux cours de leurs activités.
- ③ J'autorise les organisateurs à prendre toutes mesures d'urgence médicale. Il sera fait appel aux services d'aide médicale urgente du Centre 15 chargé d'évaluer la situation et de déclencher la réponse adaptée. La famille sera immédiatement avertie par nos soins.
- ④ Je m'engage à rembourser les honoraires médicaux et pharmaceutiques avancés par l'organisateur, en raison des soins prodigués.
- ⑤ En cas de séparation des parents, nous fournir le jugement de divorce stipulant les droits de l'autorité parentale
- ⑥ Fournir la photocopie du carnet de vaccination ou un certificat médical attestant que les vaccins de votre enfant sont à jour.

Fait à : _____

Signature du représentant légal

Le : _____