



**ACCUEIL DE LOISIRS**  
**(Accueil de Loisirs sans hébergement)**  
**GUERLEDAN/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)  Pacs  Célibataire

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'ailsh (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 : \_\_\_\_\_



(Mai 2017)



1166.0001 - plus en 1167