



# FICHE D'INSCRIPTION

Accueil de Loisirs Périscolaire de ..... (Préciser)

Accueil de Loisirs Sans Hébergement (Monflanquin/Cancon)

## DOCUMENTS A JOINDRE OBLIGATOIREMENT

Attestation d'Assurance (comprenant la mention Activités Périscolaires et/ou Extrascolaires)

Fiche Sanitaire de Liaison (fournie)

+ Possibilité de photocopier sur les lieux d'accueil l'état des vaccinations obligatoires du Carnet de Santé

+ Suivant la situation de l'enfant : PAI ou Ordonnance en cas de traitement médical en cours

## INFORMATIONS « FAMILLE »

Nom d'usage : .....

Adresse : .....

Téléphone (domicile) : \_\_ / \_\_ / \_\_ / \_\_ / \_\_

Je remplis ce dossier en tant que « Famille d'Accueil » des enfants ci-dessous

### Contact (1)

N° Portable : \_\_ / \_\_ / \_\_ / \_\_ / \_\_

Mail : .....

### Contact (2)

N° Portable : \_\_ / \_\_ / \_\_ / \_\_ / \_\_

Mail : .....

### Premier Enfant

NOM : .....

Prénom : .....

Date de Naissance : ..... / ..... / ..... / .....

Lieu de Naissance : .....

Etablissement Scolaire : .....

.....

Informations (Allergies, Asthme, autres): .....

.....

.....

### Deuxième Enfant

NOM : .....

Prénom : .....

Date de Naissance : ..... / ..... / ..... / .....

Lieu de Naissance : .....

Etablissement Scolaire : .....

.....

Informations (Allergies, Asthme, autres): .....

.....

.....

### Troisième Enfant

NOM : .....

Prénom : .....

Date de Naissance : ..... / ..... / ..... / .....

Lieu de Naissance : .....

Etablissement Scolaire : .....

.....

Informations (Allergies, Asthme, autres): .....

.....

.....

### Quatrième Enfant

NOM : .....

Prénom : .....

Date de Naissance : ..... / ..... / ..... / .....

Lieu de Naissance : .....

Etablissement Scolaire : .....

.....

Informations (Allergies, Asthme, autres): .....

.....

.....

## MÉDECIN TRAITANT

Nom / Prénom : .....

Adresse : ..... Téléphone : \_\_ / \_\_ / \_\_ / \_\_ / \_\_



## INFORMATIONS « PARENTS »

NOM : .....  
Prénom : .....  
Situation familiale : .....  
Adresse (si différente) : .....  
.....  
Profession : .....  
Lieu : .....  
Tél travail : \_ \_ - \_ \_ - \_ \_ - \_ \_

NOM : .....  
Prénom : .....  
Situation familiale : .....  
Adresse (si différente) : .....  
.....  
Profession : .....  
Lieu : .....  
Tél travail : \_ \_ - \_ \_ - \_ \_ - \_ \_

## DÉPLACEMENTS

### Personne(s) autorisée(s) à venir récupérer les enfants

*Ces autorisations sont permanentes. Pour une autorisation exceptionnelle, une attestation est disponible auprès de l'Accueil de Loisirs*

Nom : .....  
Prénom : .....  
Tél portable : \_ \_ / \_ \_ / \_ \_ / \_ \_ / \_ \_  
Lien : .....

Nom : .....  
Prénom : .....  
Tél portable : \_ \_ / \_ \_ / \_ \_ / \_ \_ / \_ \_  
Lien : .....

Nom : .....  
Prénom : .....  
Tél portable : \_ \_ / \_ \_ / \_ \_ / \_ \_ / \_ \_  
Lien : .....

Nom : .....  
Prénom : .....  
Tél portable : \_ \_ / \_ \_ / \_ \_ / \_ \_ / \_ \_  
Lien : .....

#### Déplacements en autonomie

Votre (vos) enfant(s) peut (peuvent) partir seul(s) :  
 OUI  NON

Remarque : .....

#### Personne(s) non autorisée(s)

NOM et Prénom : .....  
*Fournir document officiel (copie de l'ordonnance de restriction ou jugement,...)*

## RENSEIGNEMENTS ADMINISTRATIFS

### Régime d'appartenance

- CAF  
 MSA | *Fournir l'attestation QF du mois de Février*  
 Autre | Préciser : ..... (SNCF, EDF/GDF, RATP, ...)

### Responsable du dossier (CAF/MSA/Autre)

Nom Allocataire : .....  
Numéro Allocataire : .....

*Pour les Familles d'Accueil : merci de contacter l'Accueil de Loisirs pour les informations de facturation*

## AUTORISATIONS PARENTALES

J'autorise mon (mes) enfant(s) :

- À participer à l'ensemble des activités  OUI  NON
- À figurer sur l'ensemble des supports de communication (photos, vidéos, articles...) après autorisation et précision de diffusion  OUI  NON

Je soussigné(e), .....

- › déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche,
- › m'engage à signaler toute modification,
- › accepte le règlement intérieur de la structure,
- › autorise le(s) responsable(s) de la structure à prendre, le cas échéant, toutes mesures rendues nécessaires par l'état de santé de mon enfant.

Le ..... à .....

Signature