

FICHE D'INSCRIPTION ANNEE 20... /20...

Parents

Mère

Nom :
 Prénom :
 Adresse :

 Profession :
 Employeur :
 Téléphone professionnel : __/__/__/__/__
 Portable : __/__/__/__/__

Père

Nom :
 Prénom :
 Adresse :

 Profession :
 Employeur :
 Téléphone professionnel: __/__/__/__/__
 Portable : __/__/__/__/__

Généralités

Régime

Régime allocataire :
 Nom de l'allocataire :
 N° Allocataire CAF/MSA :
 CAF / MSA de :

Situation financière

Nb d'enfants à charge :
 Revenu annuel du foyer : €
 Date d'effet : __/__/__

Composition familiale

| Nom | Prénom | Sexe | Date de naissance | Age |
|-----|--------|------|-------------------|-----|
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |



Enfants

Nom :

Prénom :

Date de naissance : __/__/__

Sexe : Féminin Masculin

Adresse :

.....

Portable : __/__/__/__

Scolarité

Classe :

Etablissement scolaire :

Nom de l'enseignant :

Régime alimentaire :

Responsable légal : Parents Autres

Mme et M :

Adresse :

Téléphone : __/__/__/__

Mail :

Personnes autorisées ou interdites à récupérer l'enfant

Interdit

Nom - Prénom

Téléphone

Lien de parenté

.....

__/__/__/__

.....

.....

__/__/__/__

.....

.....

__/__/__/__

.....

.....

__/__/__/__

.....

.....

__/__/__/__

.....

Je soussigné(e),..... responsable légal de
..... certifie sur l'honneur l'exactitude des
renseignements figurant sur cette fiche.

Date :

Signature :

Autorisation

NOM : PRENOM :

Autorise N'autorise pas

Mon enfant à rentrer seul après la fermeture de la structure.

Autorise N'autorise pas

Mon enfant à participer aux différents sorties organisées par la structure.

Autorise N'autorise pas

Mon enfant à prendre les transports liés à l'organisation de l'Accueil de Loisirs.

Autorise N'autorise pas

L'équipe d'animation à faire appel aux services d'urgences ou hospitalier, en cas d'accident.

Autorise N'autorise pas

Mon enfant à être pris en photo et à être filmer pour diverses manifestations.

Autorise N'autorise pas

L'équipe d'animation à donner à mon enfant les soins nécessaire, sur ordonnance médicale.

A....., Le/...../..... Signature