

Autorisations diverses :

J'autorise le Centre :

- à consulter CAF PRO afin d'obtenir mon quotient familial : ☐ OUI ☐ NON

- à filmer et photographier mon enfant lors des activités pédagogiques et éventuellement laisser paraître l'image dans la presse ou sur le site internet de la CCTV : ☐ OUI ☐ NON

- l'équipe d'encadrement à maquiller mon enfant, dans le cadre des temps d'activité périscolaire : ☐ OUI ☐ NON

Décharge :

Ayant pris connaissance des conditions de fonctionnement du Centre de Loisirs,

je soussigné,, responsable de l'enfant ou des enfants ci-dessous :

Nom et Prénom de ou des enfant(s)

AUTORISE mon enfant à participer aux différentes activités proposées par les organisateurs, sur le centre ou à l'extérieur y compris en déplacement en bus ou à pied.

AUTORISE les organisateurs à prendre toutes les mesures nécessaires en cas d'urgence médicale, l'enfant accidenté ou malade est orienté et transporté par les services de secours d'urgence vers l'hôpital le mieux adapté.

AUTORISE l'animatrice à intervenir comme elle le ferait pour son propre enfant et prévenir si elle le juge utile votre médecin ou le médecin le plus proche pour une intervention rapide.

CERTIFIE que mon enfant est bien couvert par une assurance responsabilité civile (pour les activités extrascolaires).

CERTIFIE que mon enfant est en capacité d'exercer toute activité physique et sportive qui pourrait être proposée dans le cadre des activités (dans le cas contraire, vous devez impérativement fournir un certificat médical de contre indications d'une pratique physique et sportive).

CERTIFIE exacts les renseignements portés sur cette fiche.

DECHARGE les organisateurs de toutes responsabilités pour tout accident qui pourrait survenir avant ou après les heures de fonctionnement du centre.

Fait à, le

Signature

Faire précéder la signature de mention manuscrite
«Lu et Approuvé »

DOCUMENTS A JOINDRE AU DOSSIER D'INSCRIPTION ET A RETOURNER A L'ACCUEIL PERISCOLAIRE

- Dossier d'inscription dûment complété. Attestation du quotient familial ainsi que celle de l'Aide au Temps Libres (ATL) délivré par la CAF. Assurance responsabilité couvrant l'enfant lors des activités extrascolaires. Fiche sanitaire (recto verso) + photocopie du carnet de vaccination.



INSCRIPTION

☐ **PERISCOLAIRE** ☐ **EXTRASCOLAIRE**

INSCRIPTIONS de ou des enfants d'une même famille

1 - Nom de l'enfant :

Prénom : Né(e) le : Sexe : G ☐ F ☐

Ecole Classe

2 - Nom de l'enfant :

Prénom : Né(e) le : Sexe : G ☐ F ☐

Ecole Classe

3 - Nom de l'enfant :

Prénom : Né(e) le : Sexe : G ☐ F ☐

Ecole Classe

4 - Nom de l'enfant :

Prénom : Né(e) le : Sexe : G ☐ F ☐

Ecole Classe

**La famille s'engage à informer la direction de l'accueil
de toute modification intervenant durant l'année**

**Cette fiche est à retourner au CENTRE PERISCOLAIRE DES COURLIS
DE VILLERS LES LUXEUIL de préférence par mail ou déposer dans la boîte aux lettres
Route d'Ehuns 70300 VILLERS-LES-LUXEUIL
Téléphone : 07 86 57 86 00 - periscolaire.villers@cctv70.fr**

Communauté de Communes du Triangle Vert

FICHE INDIVIDUELLE DE RENSEIGNEMENTS
DE LA FAMILLE

Représentant légal 1 ou assistant familial ou tuteur légal

Nom et prénom : Qualité (père, mère, ...) :

Adresse :

Code Postal :..... Commune :.....

Téléphone domicile : E-mail Obligatoire :

Profession :

Numéros de téléphone où l'on peut vous joindre dans la journée :

Représentant légal 2

Nom et prénom : Qualité (père, mère, ...) :

Adresse :

Code Postal :..... Commune :.....

Téléphone domicile : E-mail :

Profession :

Numéros de téléphone où vous peut vous joindre dans la journée :

Travail : Portable :

Régime

☐ Allocataire CAF (régime général) ☐ Régime Spécial (MSA ou Autre) ☐ Sans Régime

Nom et prénom de l'allocataire :

N° allocataire :

Merci de joindre obligatoirement **votre attestation de votre quotient familial CAF**

Bénéficiez-vous de « l'Aide aux Temps Libres » attribuée par la CAF : ☐ Oui ☐ Non

Si oui, précisez le montant qui doit être déduit de votre participation, uniquement pour les vacances
joindre obligatoirement copie des Bons Caf :

Assurance

L'enfant inscrit doit être couvert par une assurance responsabilité civile individuelle accident corporel.

Nom de la Compagnie d'Assurance :

N° de contrat : ☐ Responsabilité civile ☐ Individuelle accident

SITUATION PARENTALE

Merci de préciser votre situation :

☐ Marié(e) ☐ Divorcé(e) ☐ Union libre ☐ Célibataire ☐ Veuf/ Veuve ☐ Pacsé

Parents séparés, qui a la charge de l'enfant ?

L'autre parent est-il autorisé à voir l'enfant ?

Est-il autorisé à le prendre à la sortie ?

(Merci de nous fournir un document officiel en cas d'interdiction d'un des parents de prendre en charge l'enfant)

Adresse de facturation : ☐ Père ☐ Mère ☐ Autre (nom et adresse)

PERSONNES A CONTACTER en Cas d'Urgence (autres que les parents) :

Nom et adresse	Téléphone fixe/portable	Lien

AUTORISATION

Personnes autorisées à prendre en charge mon enfant à la fin de journée (autres que les parents), 4 personnes maximum et ce à l'exclusion de tout mineur. Il est recommandé de présenter ces personnes au préalable :

Nom et adresse	Téléphone fixe/portable	Lien