



ACCUEIL DE LOISIRS SANS HÉBERGEMENT

Du 06 JUILLET au 31 JUILLET 2026

BULLETIN D'INSCRIPTION

ALSH JUILLET | 3 – 12 ANS

INFORMATIONS RELATIVES À L'ENFANT :

NOM :

Prénom :

Date de naissance : / /

COORDONNÉES DES PARENTS :

Parent 1 : ☐ père | ☐ mère

Nom et prénom :

Adresse :

N° de téléphone :

Adresse mail :

Parent 2 : ☐ père | ☐ mère

Nom et prénom :

Adresse :

N° de téléphone :

Adresse mail :

INFORMATIONS COMPLÉMENTAIRES :

Informations fiscales : *(Obligatoire)*

NUMÉRO ALLOCATAIRE CAF :

↪ Joindre la dernière attestation en date du Quotient Familial CAF

Ou

Dernière attestation du **Quotient Familial de la MSA**

Assurance de Responsabilité Civile :

NOM / Prénom du titulaire :

NUMÉRO :

PÉRIODES D'INSCRIPTIONS :

SEMAINE du 06 au 10 juillet 2026 :

☐ LUNDI 06 ☐ MARDI 07 ☐ MERCREDI 08 ☐ JEUDI 09 ☐ VENDREDI 10

SEMAINE du 13 au 17 juillet 2026 :

☐ LUNDI 13 ☐ MERCREDI 15 ☐ JEUDI 16 ☐ VENDREDI 17

SEMAINE du 20 au 24 juillet 2026 :

☐ LUNDI 20 ☐ MARDI 21 ☐ MERCREDI 22 ☐ JEUDI 23 ☐ VENDREDI 24

SEMAINE du 27 au 31 juillet 2026 :

☐ LUNDI 27 ☐ MARDI 28 ☐ MERCREDI 29 ☐ JEUDI 30 ☐ VENDREDI 31

Heure d'arrivée au centre (rappel : 9 heures dernier délai) :

Heure de départ du centre (rappel : 17 heures au plus tôt) :

L'enfant partira : ☐ SEUL ou ☐ AVEC L'UN DE SES PARENTS ci-avant désigné

☐ Sous la responsabilité d'une tierce personne (précisez) :

IMPORTANT :

Les enfants de moins de 6 ans ne peuvent partir seuls du centre de loisirs

Aucune arrivée ne pourra avoir lieu avant 7 heures et 30 minutes, aucun départ ne pourra se faire après 18 heures et 30 minutes.

En cas de raisons graves qui justifieraient un dépassement de cet horaire, nous devons prendre toutes les dispositions pour prévenir la directrice et demander à une personne de confiance de récupérer votre (vos) enfant(s).

PIÈCES À FOURNIR :

- ☐ Le bulletin d'inscription
- ☐ La fiche « autorisations »
- ☐ La fiche sanitaire
- ☐ La copie du carnet de santé

ATTESTATION :

Nous soussignés, et,
responsables légaux de notre enfant :, certifions avoir pris
connaissances des règles de facturation ainsi que du règlement de l'accueil de loisirs sans
hébergement de Trélivan et certifions l'exactitude des informations renseignées.

Fait à, le,

Signature parent 1 :

(précédée de la mention 'Lu et approuvé')

Signature parent 2 :

(précédée de la mention 'Lu et approuvé')



ACCUEIL DE LOISIRS SANS HÉBERGEMENT

Du 06 JUILLET au 31 JUILLET 2026

FICHE DES AUTORISATIONS

NOM : Prénom : Date de naissance :/...../.....

AUTORISATION CONSULTATION DES INFORMATIONS PERSONNELLES :

Les tarifs pour le service d'Accueil de Loisirs Sans Hébergement (ALSH) sont basés sur votre **Quotient Familial**.

Pour bénéficier des tarifs adaptés vous devez nous transmettre, selon votre régime social (général, agricole), soit votre **numéro d'allocataires CAF** ainsi que votre **dernière attestation de Quotient Familial CAF** soit votre **dernière attestation de Quotient Familial de la MSA**.

À défaut, le Quotient Familial le plus élevé sera automatiquement appliqué.

De même, vous devez autoriser le service enfance de la Mairie de Trélivan à consulter vos données sur le site de la caisse d'allocations familiales dont vous dépendez.

Nous autorisons le service enfance à consulter nos données sur le site partenaire de la caisse d'allocation familiale dont nous dépendons ?

☐ OUI ☐ NON (rayer la mention inutile)

AUTORISATION MÉDICALE :

Nous soussignés, et, responsables légaux de notre enfant :, autorisons la Directrice de l'ALSH de Trélivan à mettre en œuvre en cas d'urgence, et ce pendant toute la durée d'inscription au centre, les traitements et interventions qui peuvent être reconnus médicalement nécessaires à mon enfant.

En cas de nécessité, le cabinet médical (Quévert ou Vildé-Guingalan) ou l'Hôpital René Pleven seront prévenus en priorité.

Dans le cas contraire veuillez indiquer clairement le nom, adresse, coordonnées ainsi que le numéro de téléphone du médecin souhaité et également que le nom de l'établissement (clinique...) et numéro de téléphone.

NOM, PRÉNOM et ADRESSE DU MÉDECIN TRAITANT :

.....

Numéro de téléphone du médecin :

Numéro de téléphone du cabinet médical :

Fait à, le

Signature parent 1 :

(précédée de la mention 'Lu et approuvé')

Signature parent 2 :

(précédée de la mention 'Lu et approuvé')

AUTORISATION PARTICIPATION AUX ACTIVITÉS :

Nous soussignés, et,
responsables légaux de notre enfant :, autorisons notre enfant à
participer à toutes les activités extérieures de l'accueil de loisirs.

Fait à, le,

Signature parent 1 :

(précédée de la mention 'Lu et approuvé')

Signature parent 2 :

(précédée de la mention 'Lu et approuvé')

AUTORISATION DE PRISES DE VUE :

Nous soussignés, et,
responsables légaux de notre enfant :, autorisons la directrice ou
les animateurs-trices à prendre notre enfant en photo (photo de groupe) à l'occasion des
différentes activités de l'accueil de loisirs.

Fait à, le,

Signature parent 1 :

(précédée de la mention 'Lu et approuvé')

Signature parent 2 :

(précédée de la mention 'Lu et approuvé')