



FICHE D'INSCRIPTION

**ACCUEILS PERISCOLAIRES,
MERCREDIS EDUCATIFS
ET CENTRES DE LOISIRS
MULTI SITES**

**FOUG,
CHOLOY MENILLOT,
LAY SAINT REMY,
TRONDES**

Année Scolaire 2015-2016

Enfant Inscrit

NOM :

Prénom :

Né(e) le :

Age :

Si naissance multiple (indiquez le rang) :

1 2 3 4

Sexe : Masculin

Féminin

Ecole :

Classe :

COORDONNEES FAMILLE

PERE : Nom

Prénom :

Adresse :

Ville :

Tél Fixe :

Tél Portable :

E-mail :

Responsable Légal de l'Enfant : OUI NON

Profession :

Employeur :

N° Sécurité Sociale :

N° Allocataire CAF (7 chiffres) :

Autorisation d'accès au dossier personnel CAF PRO

Quotient Familial en cours : (Joindre le justificatif)

Etes-vous d'un régime particulier ? : MSA

AUTRES (précisez) :

MERE : Nom

Prénom :

Adresse :

Ville :

Tél Fixe :

Tél Portable :

E-mail :

Responsable Légal de l'Enfant : OUI NON

Profession :

Employeur :

N° Sécurité Sociale :

N° Allocataire CAF (7 chiffres) :

Autorisation d'accès au dossier personnel CAF PRO

Quotient Familial en cours : Euros (joindre le justificatif)

Etes-vous d'un régime particulier ? : MSA

AUTRES (précisez) :

AUTORISATION PARENTALE

Je soussignée (personne responsable) : certifie inscrire mon enfant : à l'accueil périscolaire et/ou aux mercredis éducatifs de Foug, Choloy Ménillot, Lay Saint Rémy et Trondes suivant la ou les fiches annexées ci-jointes.

J'ai pris connaissance des conditions générales de fonctionnement de l'accueil.

J'autorise mon enfant à participer à toutes les activités et sorties organisées dans le cadre des accueils de loisirs, notamment les activités nautiques.

J'ai pris connaissance qu'il pouvait y avoir des déplacements : transport collectif (bus, minibus...) dans le respect de la législation en vigueur.

J'autorise la direction du centre à prendre toutes les mesures utiles dans le cas où mon enfant aurait besoin de soins médicaux ou hospitaliers.

J'autorise la reproduction et la diffusion de photographies de mon enfant réalisées dans le cadre de l'accueil périscolaire et ne portant pas atteinte à sa réputation ou à sa vie privée.

Je signale le régime particulier alimentaire suivant pour mon enfant :

Sans porc Autre :

Fait à, le Signature personne responsable :

AUTORISATION DE DEPART

Je soussigné(e) NOM, Prénom :

Agissant en qualité responsable légal (e)

De l'enfant :

NOM :

Prénom :

Date de naissance :/...../.....

- Autorise mon enfant à quitter seul le ou les Accueils
- N'autorise pas mon enfant à quitter seul le ou les Accueils
- J'autorise la ou les personnes suivantes à venir chercher mon enfant :

	NOM	PRENOM	TELEPHONE	LIEN DE PARENTE	PERSONNE A CONTACTER EN CAS D'URGENCE
1					OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>
2					OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>
3					OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>
4					OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>

Observations particulières :

Le :

Signature :