



DOSSIER D'INSCRIPTION

ACCUEIL DE LOISIRS

Année scolaire 2017-2018

RENSEIGNEMENTS FAMILIAUX

ENFANT		
NOM	PRENOM	DATE DE NAISSANCE
ECOLE	CLASSE	Fille <input type="checkbox"/>
		Garçon <input type="checkbox"/>

	PERE	MERE	TUTEUR
RESPONSABLE LEGAL	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
NOM			
Prénom			
Adresse			
Ville et CP			
N° tél fixe			
N° tél portable			
EMAIL			
Email famille			
Employeur			
N°téléphone professionnel			

Situation familiale : marié divorcé Pacsé célibataire concubinage

REGIME DE COUVERTURE SOCIALE

N° de sécurité sociale auquel l'enfant est affilié	
N° allocataire CAF	
N° allocataire MSA	
Autres régimes (précisez)	

AUTORISATIONS ET RENSEIGNEMENTS ADMINISTRATIFS

Personnes **majeures** autorisées à prendre votre enfant à la sortie de l'ALSH

NOM, prénom	Qualité	Numéro de téléphone

Je soussigné(e) _____ responsable légal(e) autorise :

La CALI à photographier ou filmer mon ou mes enfants. Les photos ou vidéos seront utilisées à des fins uniquement pédagogiques et pour les outils de communication des services CALI. <i>(rayez la mention inutile)</i>	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
signature	date

MODE ET MOYENS DE REGLEMENT

CADRE RESERVE A LA CALI

Paiement en ligne depuis mon compte (ALSH d'Izon et Vayres uniquement)

Paiement par chèque ou en espèce

Chèque CESU (Arveyres et Vayres uniquement)

Paiement par prélèvement automatique-Joindre impérativement au présent dossier d'inscription un RIB et une autorisation de prélèvement (ALSH d'Arveyres uniquement)

Date de dépôt du dossier : _____

N° de la famille : _____

QF validé : _____

Tarifs : _____ / _____ €/jour

MEMO DES PIECES A FOURNIR AU DOSSIER

A renouveler tous les ans

- Une photo de l'enfant
- Une copie du carnet de santé (page vaccinations)
- Une attestation d'assurance responsabilité civile et/ou extrascolaire en cours de validité
- Avis d'imposition du ménage ou des 2 parents (afin de déterminer le quotient familial)
- Attestation de l'affiliation au régime de sécurité sociale (CPAM, MSA ou autre)

A fournir si changement

- Numéro allocataire CAF
- Justificatif de domicile
- Jugement de divorce pour les parents séparés
- L'ordonnance autorisant la délivrance de médicament si nécessaire

TOUT DOSSIER INCOMPLET NE POURRA ETRE TRAITE

Je soussigné(e), _____ responsable légal de(s) l'enfant(s) mentionnés sur le présent dossier, déclare exactes les renseignements portés sur ce dossier et m'engage à signaler tout changement dans ma situation familiale. Je reconnais avoir pris connaissance du règlement intérieur de l'ALSH et m'engage à le respecter	Date et signature :
-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	---------------------

III – MEDECIN TRAITANT

Nom du médecin traitant de l'enfant	Téléphone

IV – PERSONNES A CONTACTER EN CAS D'URGENCE si impossibilité de joindre les parents

NOM, Prénom	1 -
Téléphone	
Qualité	

V – RECOMMANDATIONS UTILES :

Préciser si l'enfant porte des lunettes, des prothèses auditives, des prothèses dentaires, une spécificité alimentaire etc... ?

VI – RESPONSABLE LEGAL DE L'ENFANT :

Je soussigné, _____ responsable légal de l'enfant, **déclare exacts** les renseignements portés sur cette fiche et **autorise** l'équipe d'animation de l'ALSH à prendre, le cas échéant, toutes mesures (*traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale*) rendues nécessaires par l'état de santé de mon enfant.

Signature (*précédée de la mention lu et approuvé*) :

Date :

A remplir par le directeur de l'ALSH à l'attention de la famille

Observations :

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....