

DOSSIER D'INSCRIPTION - 2019

ALSH de Renac/La Chapelle de Brain

(Valable du 01/01/2019 au 31/12/2019)

Une fiche par enfant

NOM et Prénom de l'enfant : _____

Date de naissance : ____ / ____ / ____ Garçon Fille


NOM et Prénom du responsable à contacter : _____


N° de téléphone : _____


Adresse postale : _____

NOM et Prénom de la mère :

Profession et adresse du domicile :

 Domicile ____ / ____ / ____ / ____ / ____


 Portable ____ / ____ / ____ / ____ / ____


 Travail ____ / ____ / ____ / ____ / ____


E-mail : _____

NOM et Prénom du père :

Profession et adresse du domicile :

 Domicile ____ / ____ / ____ / ____ / ____

 Portable ____ / ____ / ____ / ____ / ____

 Travail ____ / ____ / ____ / ____ / ____

E-mail : _____

N° de sécurité sociale dont l'enfant est ayant droit : _____

Adresse de la caisse de sécurité sociale : _____

Caisse d'allocation : CAF MSA Autre (précisez) _____

N° d'allocataire : _____ (pour les familles qui bénéficient d'aides CAF ou MSA, pensez à donner une copie de votre « Attestation aides aux temps libres » pour la CAF ou « l'Attestation de quotient familial » pour la MSA. Ces documents doivent être valables pour l'année en cours.)

Quotient familial : _____

> ASSURANCE : J'ai pris connaissance qu'il est fortement conseillé de contracter une assurance complémentaire pour les activités extrascolaires et périscolaires.

PIÈCES A FOURNIR :

- Dossier d'inscription ci-dessus complété et signé
- Autorisation parentale (au dos) complétée et signée
- Fiche d'inscription de la période concernée complétée et signée
- Fiche sanitaire de liaison complétée et signée


Date : ____ / ____ / ____

Signature(s) :

AUTORISATION PARENTALE

Je soussigné(e) M./Mme _____, responsable légal de
_____ (NOM et Prénom de l'enfant):

- Autorise le responsable du séjour ou de l'activité, à prendre, le cas échéant, toutes mesures rendues nécessaires par l'état de l'enfant sur conseil médical : traitements médicaux, hospitalisations, interventions chirurgicales : OUI NON
- Autorise mon enfant à suivre les différentes activités sportives prévues par le Centre de Loisirs :
OUI NON
- Autorise mon enfant à utiliser les transports du Centre de Loisirs pour toutes destinations : car ou minibus, ou si nécessaire la voiture du responsable du Centre de Loisirs (*responsable couvert par une assurance auto-mission*) : OUI NON
- Autorise mon enfant à se baigner à la plage ainsi qu'à la piscine : OUI NON
- Autorise l'équipe d'animation à photographier ou filmer mon enfant dans le cadre des activités du Centre de Loisirs et à les diffuser si besoin dans la presse, sur les supports de communication du CIAS/La Fédé, sur le site internet de la commune et dans les bulletins municipaux :
OUI NON
- Autorise mon enfant à partir seul à la fin du centre de loisirs : OUI NON
- Autorise la ou les personnes désignée(s) ci-après à reprendre mon enfant à la fin du Centre:

Nom	Prénom	Adresse	N° 

Fait à _____, le ____ / ____ / ____

Signature des responsables légaux :