



Ne remplir cette fiche qu'une fois l'année

Père ou Epoux

Nom : Né le :/...../.....
 Prénom : À :
 Adresse : Situation :
 CP : Ville :

Domicile Portable Professionnel
/...../..... /...../..... /...../.....
 @ Mail :

Mère ou Epouse

Nom : Née le :/...../.....
 Prénom : À :
 Adresse : Situation :
 CP : Ville :

Domicile Portable Professionnel
/...../..... /...../..... /...../.....
 @ Mail :

Profession

Profession :
 Employeur :
 Adresse :

Profession

Profession :
 Employeur :
 Adresse :

Allocataire

N° CAF ou MSA :
 Représentant Dossier :

Beau-Père

Nom : Né(e) le :/...../.....
 Prénom : À :
 Adresse : Situation :
 CP : Ville :

Domicile Portable Professionnel
/...../..... /...../..... /...../.....
 @ Mail :

Belle-Mère

Nom : Né(e) le :/...../.....
 Prénom : À :
 Adresse : Situation :
 CP : Ville :

Domicile Portable Professionnel
/...../..... /...../..... /...../.....
 @ Mail :

Enfant 1

Nom : Né(e) le :/...../.....
 Prénom : À :
 Sexe : Garçon Fille

Enfant 4

Nom : Né(e) le :/...../.....
 Prénom : À :
 Sexe : Garçon Fille

Enfant 2

Nom : Né(e) le :/...../.....
 Prénom : À :
 Sexe : Garçon Fille

Enfant 5

Nom : Né(e) le :/...../.....
 Prénom : À :
 Sexe : Garçon Fille

Enfant 3

Nom : Né(e) le :/...../.....
 Prénom : À :
 Sexe : Garçon Fille

Enfant 6

Nom : Né(e) le :/...../.....
 Prénom : À :
 Sexe : Garçon Fille



Inscrit

Nom :

Classe :

Prénom :

Ecole :

Accueil à la journée :

(7h30/18h30)

Accueil à la demi-journée :

7h30 à 13h30 (début des activités 9h)

ou 11h30 à 18h30 (fin des activités 17h)

Début des activités 9h et fin 17h

P.A.I. (Projet d'Accueil Individualisé)

Oui (merci de fournir le document)

Non

Allergie(s) :

Assurance

Assureur :

N° de Contrat :

Date de validité :/...../..... Au/...../.....

Maladie(s)

.....

Médecin et Hospitalisation

Nom :

☎ :/...../...../...../.....

Hôpital (si hospitalisation) :

Autorisation(s) de l'inscrit

Autorisation de sortie

Autorise mon enfant à rentrer seul après le Centre de Loisirs

Contre-indication(s)

.....

Vaccins

Date de la dernière vaccination

DTP/DTCP/DTCPhi/...../.....

BCG/...../.....

ROR/...../.....

Autres vaccins

Date de la dernière vaccination

...../...../.....

...../...../.....

...../...../.....

Personne(s) autorisée(s) à venir chercher l'inscrit

Nom-Prénom :

Liens : (père, ami, tante...)

☎ Domicile

☎ Portable

.....

.....

...../...../...../...../.....

...../...../...../...../.....

.....

.....

...../...../...../...../.....

...../...../...../...../.....

.....

.....

...../...../...../...../.....

...../...../...../...../.....

Demande motivée pour qu'un encadrant prenne en charge votre(vos) enfant(s) à la sortie de l'école à 11h30 :

Personne(s) à prévenir en cas d'urgence

Nom-Prénom :

Liens : (père, ami, tante...)

☎ Domicile

☎ Portable

.....

.....

...../...../...../...../.....

...../...../...../...../.....

.....

.....

...../...../...../...../.....

...../...../...../...../.....

.....

.....

...../...../...../...../.....

...../...../...../...../.....

Je soussigné(e) :

- Autorise les services municipaux encadrant l'inscrit à pratiquer les soins d'urgence.
- Certifie l'exactitude des renseignements ci-dessus.
- M'engage à prévenir le(s) service(s) de toute modification.
(*changement d'adresse, numéros, problème de santé, situation familiale...*).
- M'engage à payer la ou les factures concernant l'inscrit avant la date indiquée.
- M'engage à respecter le règlement intérieur.

Pièces à fournir

- Justificatif de domicile de - 3 mois
- Décision de justice selon la situation
- Carte d'invalidité ou notification MDPH
- Règlement intérieur signé
- Fiche prévisionnelle de présence
(sur les mercredis) pour l'année

Signature

Date :/...../.....