



**Ne remplir cette fiche qu'une fois l'année  
sauf si modification(s)**

### 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 :  
7 h 30 / 18 h 30

Accueil à  
la demi-journée :

soit  7 h 30 à 14 h

ou  11 h 30 à 18 h 30

### 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.

**Signature**

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

### Pièces à fournir

Justificatif de domicile de - 3 mois

Si le cas échéant :

Décision de justice selon la situation

Carte d'invalidité ou notification MDPH