



**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 :

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

Prénom :

Age :



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

Oui (merci de fournir le document) Non

Allergie(s) :

Maladie(s)

.....

Médecin et Hospitalisation

Nom :

☎ :/...../...../...../.....

Hôpital (si hospitalisation) :

Assurance

Assureur :

N° de Contrat :

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

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