



# COCKTAILS LOISIRS (Centre de Loisirs)



### 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

### Autres vaccins

### Date de la dernière vaccination

DTP/DTCP/DTCPHi ...../...../.....  
 BCG ...../...../.....  
 ROR ...../...../.....

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

### 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.
- Autorise le service à consulter l'actualisation de mon quotient familial sur le site de la CAF (sans quoi j'accepte que le tarif le plus haut soit appliqué) :  
 oui  non

### 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