



DOSSIER D'INSCRIPTION

ACCUEIL DE LOISIRS

Année scolaire 2019-2020

RENSEIGNEMENTS FAMILIAUX

ENFANT		
NOM	PRENOM	DATE DE NAISSANCE
ECOLE	CLASSE	Fille <input type="checkbox"/>
		Garçon <input type="checkbox"/>

	PERE	MERE	TUTEUR
RESPONSABLE LEGAL	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
NOM			
Prénom			
Adresse			
Ville et CP			
N° tél fixe			
N° tél portable			
EMAIL			
Email famille			
Employeur			
N°téléphone professionnel			

Situation familiale : marié divorcé Pacsé célibataire concubinage

REGIME DE COUVERTURE SOCIALE

N° de sécurité sociale auquel l'enfant est affilié	
N° allocataire CAF	
N° allocataire MSA	
Autres régimes (précisez)	

AUTORISATIONS ET RENSEIGNEMENTS ADMINISTRATIFS

Personnes **majeures** autorisées à prendre votre enfant à la sortie de l'ALSH

NOM, prénom	Qualité	Numéro de téléphone

Je soussigné(e) _____ responsable légal(e) autorise :

La CALI à photographier ou filmer mon ou mes enfants. Les photos ou vidéos seront utilisées à des fins uniquement pédagogiques et pour les outils de communication des services CALI. <i>(rayez la mention inutile)</i>	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
Signature	Date

MODE ET MOYENS DE REGLEMENT

CADRE RESERVE A LA CALI

Paiement en ligne depuis mon compte (ALSH d'Izon et Vayres uniquement)

Paiement par chèque ou en espèce

Chèque CESU (Arveyres et Vayres uniquement)

Paiement par prélèvement automatique-Joindre impérativement au présent dossier d'inscription un RIB et une autorisation de prélèvement (ALSH d'Arveyres uniquement)

Date de dépôt du dossier : _____

N° de la famille : _____

QF validé : _____

Tarifs : _____ / _____ €/jour

MEMO DES PIECES A FOURNIR AU DOSSIER

A renouveler tous les ans

- Une photo de l'enfant
- Une copie du carnet de santé (page vaccinations obligatoires)
- Avis d'imposition 2018 des revenus 2017, du ménage ou des 2 parents (afin de déterminer le quotient familial)
- Si séparation, joindre jugement de séparation mentionnant à qui est confié la garde de l'enfant
- L'ordonnance autorisant la délivrance de médicament si nécessaire

Information liée aux assurances

Nous vous conseillons vivement de souscrire à un contrat d'assurance couvrant les dommages corporels auxquels peuvent être exposé votre enfant.

Dorénavant, nous ne demandons plus de certificat d'assurance. En cas d'accident, nous nous chargeons de vous fournir uniquement une déclaration relatant les circonstances détaillées

TOUT DOSSIER INCOMPLET NE POURRA ETRE TRAITÉ

Je soussigné(e), _____ responsable légal de(s) l'enfant(s) mentionnés sur le présent dossier, déclare exactes les renseignements portés sur ce dossier et m'engage à signaler tout changement dans ma situation familiale. Je reconnais avoir pris connaissance du règlement intérieur de l'ALSH et m'engage à le respecter	Date et signature :
---	---------------------

III – MEDECIN TRAITANT

Nom du médecin traitant de l'enfant	Téléphone

IV – PERSONNES A CONTACTER EN CAS D'URGENCE si impossibilité de joindre les parents

NOM, Prénom	1 -
Téléphone	
Qualité	

V – RECOMMANDATIONS UTILES :

Préciser si l'enfant porte des lunettes, des prothèses auditives, des prothèses dentaires, une spécificité alimentaire etc... ?

VI – RESPONSABLE LEGAL DE L'ENFANT :

Je soussigné, _____ responsable légal de l'enfant, **déclare exacts** les renseignements portés sur cette fiche et **autorise** l'équipe d'animation de l'ALSH à prendre, le cas échéant, toutes mesures (*traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale*) rendues nécessaires par l'état de santé de mon enfant.

Signature (*précédée de la mention lu et approuvé*) :

Date :

A remplir par le directeur de l'ALSH à l'attention de la famille

Observations :

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....