



ACCUEIL DE LOISIRS

ENFANT

NOM

Prénom

Date de Naissance

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

Sexe

Fille

Garçon

Nb de frères et sœurs

Accueil chez une Ass. Mat.

OUI

NON

Scolarisé à

.....

RESPONSABLE LEGAL 1	RESPONSABLE LEGAL 2
NOM	NOM
Prénom	Prénom
<input type="radio"/> Père <input type="radio"/> Mère <input type="radio"/> Tuteur/rice	<input type="radio"/> Père <input type="radio"/> Mère <input type="radio"/> Tuteur/rice
Adresse	Adresse *
Code Postal Ville	Code Postal Ville
Tél mobile	Tél mobile *
Tél domicile	Tél domicile *
Tél profess.	Tél profess. *
E-mail	E-mail *
Profession	Profession
Employeur	Employeur

* si différente

Situation familiale (des parents de l'enfant)

Célibataire

Marié / pacsé

Vie maritale

Divorcé/Séparé (Merci de vous rapprocher du/de la responsable)

Personne à facturer	Nom	Adresse
	Prénom

N° allocataire de prestation

→ régime

CAF

MSA

Autre*

* si Autre, merci de joindre l'avis d'imposition

RENSEIGNEMENTS MEDICAUX

N° Sécu (couvrant l'enfant)

Médecin traitant :

.....

Téléphone :

.....

Adresse :

PAI : OUI

NON

AEEH perçue

(Alloc. Educ. Enfant Handicapé pour un des enfants de la famille)

OUI

NON

Tout enfant présentant une allergie ou tout autre trouble de la santé évoluant sur une longue période doit faire l'objet d'un Plan d'Accueil Individualisé (PAI) avant son accueil (se procurer l'imprimé spécifique auprès du/de la responsable)

PERSONNES AUTRES que les responsables légaux à contacter EN CAS D'URGENCE

Nom	Prénom	Statut (gd-parent...)	Ville de résidence	Téléphone (domicile, travail et mobile)

* si différente

AUTORISATION PARENTALE

Je soussigné(e) **Nom** **Prénom**
 déclare sur l'honneur exercer l'autorité parentale sur le mineur

Nom **Prénom**

- autorise le/la responsable de la structure, ou toute autre personne diplômée en son absence, à prendre les mesures nécessaires pour la santé de mon enfant et à faire pratiquer les interventions d'urgence,
- autorise le recueil des données anonymées à des fins de statistiques par la CAF (expérimentation FILOUE)
- autorise l'équipe de la structure, dans le cadre pédagogique, à prendre des photos et vidéos de mon enfant, et à les utiliser sur les supports dédiés au sein de la structure (aucune autre utilisation de ces photos ne sera faite sans l'autorisation de la famille),
- autorise mon enfant à quitter seul la structure après la fin des activités (seulement les enfants de 7 ans et plus) OUI NON
- autorise les personnes suivantes à récupérer mon enfant :

Nom	Prénom	Statut (gd-parent...)	Ville de résidence	Téléphone (domicile, travail et mobile)

L'enfant ne sera pas confié à une autre personne sans autorisation écrite de son responsable. Toute personne inconnue du/de la responsable de service ou de l'équipe, devra présenter une pièce d'identité.

Par la signature de cette fiche d'inscription vous déclarez avoir pris connaissance du règlement intérieur et l'accepter ; vous acceptez également l'informatisation de ces données et la consultation des sites CDAP (CAF) et MSA.

SIGNATURE (S) du ou des responsables de l'enfant

Fait à le/...../.....

père
ou tuteur

mère
ou tutrice

PIECES A JOINDRE obligatoirement

PIECES A JOINDRE obligatoirement	OUI	Cadre Réservé
• La photocopie du livret de famille (pour la 1ère inscription)		
• La photocopie de l'attestation d'assurance responsabilité civile au nom de l'enfant		
• La photocopie du carnet de vaccinations de l'enfant		
• La photocopie de l'avis d'imposition (si absence de numéro d'allocataire)		
• Un justificatif de domicile de moins de 3 mois		
Uniquement pour les services petite enfance		
• Le certificat médical d'aptitude à la vie en collectivité et de vaccinations à jour		
• Le certificat médical de non-contre-indication à la prise d'un antipyrétique		
• L'autorisation parentale pour administrer un antipyrétique		
• Le contrat d'accueil signé		