

Monts d'Alban et Villefranchois

Communauté de Communes

FICHE D'INSCRIPTION

Renseignements concernant l'enfant

Nom..... Prénom.....
Adresse.....
Né(e) le..... à.....
Sexe : M F Nationalité

Couverture Sociale de l'enfant par : Père Mère Tuteur légal
Responsable légale de l'enfant : Parents Père Mère Tuteur légal

	Père (ou représentant légal)	Mère
Nom, Prénom		
 Adresse		
Profession		
Nom de l'employeur		
Adresse de l'employeur		
Situation familiale	<input type="checkbox"/> Mariés <input type="checkbox"/> Concubins <input type="checkbox"/> Pacsés <input type="checkbox"/> Séparés <input type="checkbox"/> Divorcés <input type="checkbox"/> Autres	
Facturation à adresser à		
Téléphone  Fixe  Mobile  Professionnel		
Mail		
Régime d'assurance sociale (cocher la case)	Régime général <input type="checkbox"/> MSA <input type="checkbox"/> Autres <input type="checkbox"/>	Régime général <input type="checkbox"/> MSA <input type="checkbox"/> Autres <input type="checkbox"/>
N° allocataire <input type="checkbox"/> J'accepte la consultation de mon quotient familial sur CAF PRO		

Autorisations – Décharges

➤ Autorisation de départ :

Mon enfant quittera l'accueil de loisirs accompagné par l'une des personnes suivantes :

-
-

Mon enfant ne pourra quitter le centre seul ou avec une autre personne que celles citées ci-dessus. Dans le cas contraire, je m'engage à le signaler à la directrice de l'ALSH par écrit.

Monts d'Alban et Villefranchois

Communauté de Communes

➤ **Personnes à prévenir en cas d'urgence dans le cas ou le responsable légal n'est pas joignable :**

Nom.....
Prénom.....
Lien de parenté.....
☎.....

Nom.....
Prénom.....
Lien de parenté.....
☎.....

➤ **Autorisation de soins :**

Autorise la Directrice de l'accueil de loisirs à présenter mon enfant à un médecin et à prendre toutes les décisions de transport, d'hospitalisation ou d'intervention chirurgicale nécessité par l'état de santé de mon enfant.

Médecin de famille..... ☎.....

Adresse.....

En cas d'urgence, je souhaite que mon enfant soit conduit dans la mesure du possible à l'hôpital ou à la clinique.....

De plus, j'autorise le personnel médical de l'établissement à donner à mon enfant tous les soins nécessaires et d'intervenir, au besoin, chirurgicalement.

➤ **Autorisation de transports :**

J'autorise le personnel de l'accueil de loisirs à faire transporter mon enfant pour les besoins des activités de la structure, par un moyen de transport collectif (autobus), en voiture individuelle (par un personnel du centre).

➤ **Décharge de photos :**

- J'autorise
 Je n'autorise pas

Le personnel de l'accueil de loisirs à reproduire librement et gratuitement des photographies de ma personne et de mes enfants dans les différentes publications, y compris internet, dans le cadre des activités et représentations de la structure.

~~~~~

Je soussigné(e) (Nom et Prénom).....

Responsable légal de l'enfant (Nom et Prénom).....

- m'engage à honorer le paiement relatif aux périodes d'accueil de mon enfant.
- déclare avoir pris connaissance et adhérer au règlement intérieur de l'accueil de loisirs.

Fait à .....

**Signature du père ou tuteur légal**

le.....

**Signature de la mère**