

Dossier d'inscription à l'ALSH

CCPCP

Enfants de la famille	
Nom & Prénom :	Nom & Prénom :
né(e) le : ___/___/___	né(e) le : ___/___/___
Nom & Prénom :	Nom & Prénom :
né(e) le : ___/___/___	né(e) le : ___/___/___
Nom & Prénom :	Nom & Prénom :
né(e) le : ___/___/___	né(e) le : ___/___/___

Responsable légal n°1	Responsable légal n°2
Nom :	Nom :
Prénom :	Prénom :
Né le : /..... /..... À :	Née le : /..... /..... À :
Adresse :	Adresse :
Profession :	Profession :
Adresse prof :	Adresse prof :
N° fixe :/...../...../...../.....	N° fixe :/...../...../...../.....
N° mobile :/...../...../...../.....	N° mobile :/...../...../...../.....
N° professionnel :/...../...../...../.....	N° professionnel :/...../...../...../.....
@mail :	@mail :
N° S.S. :	N° S.S. :
N° allocataire (du père ou de la mère ou du responsable) :	N° allocataire (du père ou de la mère ou du responsable) :

Cadre réservé à l'administration

Quotient 1 Quotient 2 Quotient 3 Quotient 4 Quotient 5

PAI Autorisation à partir seul

Autres :

Dossier enfant (s) à compléter

Fiche enfant n°1

Nom : _____

Prénom : _____

Né(e) le : _____

à : _____

Sexe : M F

Médecin traitant : N° de tél :/...../...../...../.....

Ecole fréquentée : _____

Vaccin (s) : **Joindre les photocopies des pages correspondantes du carnet de santé**

Allergie(s) :

Régime alimentaire :

Antécédents médicaux & maladie (s) :

Fiche enfant n°2

Nom : _____

Prénom : _____

Né(e) le : _____

à : _____

Sexe : M F

Médecin traitant : N° de tél :/...../...../...../.....

Ecole fréquentée : _____

Vaccin (s) : **Joindre les photocopies des pages correspondantes du carnet de santé**

Allergie(s) :

Régime alimentaire :

Antécédents médicaux & maladie (s) :

Dossier enfant (s) à compléter

Fiche enfant n°3

Nom : _____

Prénom : _____

Né(e) le : _____

à : _____

Sexe : M F

Médecin traitant : N° de tél :/...../...../...../.....

Ecole fréquentée : _____

Vaccin (s) : **Joindre les photocopies des pages correspondantes du carnet de santé**

Allergie(s) :

Régime alimentaire :

Antécédents médicaux & maladie (s) :

Fiche enfant n°4

Nom : _____

Prénom : _____

Né(e) le : _____

à : _____

Sexe : M F

Médecin traitant : N° de tél :/...../...../...../.....

Ecole fréquentée : _____

Vaccin (s) : **Joindre les photocopies des pages correspondantes du carnet de santé**

Allergie(s) :

Régime alimentaire :

Antécédents médicaux & maladie (s) :

Autorisations

Nous soussignés, Madame, Monsieur :

Veuillez cocher les cases correspondantes :

AUTORISE(NT) le personnel de la structure à prendre toutes les initiatives nécessaires en cas d'accident ou de maladie subite de mon/mes enfant(s) : transfert en pédiatrie/ transfert aux urgences

AUTORISE(NT) l'équipe médicale à pratiquer les gestes qu'elle jugera indispensables au regard de l'état de santé de mon/mes enfant(s).

CERTIFIE(ENT) que mon (mes) enfant (s) est (sont) apte (s) à la pratique multisports de l'accueil de loisirs (**si contre indication fournir un certificat médical**)

AUTORISE(NT) la direction à consulter notre dossier allocation CAFPRO, afin d'accéder directement au quotient familial à prendre en compte pour le calcul des participations des ressources financières.

AUTORISE(NT) l'utilisation de notre adresse email suivante :

.....@.....

pour recevoir mes factures et toutes informations concernant l'ALSH.

ATTESTE(NT) avoir pris connaissance du règlement intérieur.

AUTORISE(NT) mon /mes enfant(s) à rentrer seul

AUTORISE(NT) les personnes citées ci-dessous à venir chercher mon/mes enfant(s) à la structure sur présentation de leur pièce d'identité.

Nom et Prénom	Adresse	Téléphone	Lien de parenté

A....., le/...../.....

mention « lu et approuvé »
Signature des parents