

Accueils de loisirs - fiche d'inscription

Aubevoye

Gaillon

Fontaine-Bellenger (Les Canailloux)

St-Pierre-de-Bailleul (Le Chat Perché)



Cocher le
Centre de loisirs
concerné

Famille

Nom _____ Tél 1 _____
Adresse _____ Tél 2 _____
_____ E-mail _____
Nb d'enfants à charge _____ Situation familiale _____
Assurance _____ N° Police _____

Père

Nom _____
Prénom _____
Tél. travail _____
Mobile _____

Régime sécurité sociale

Général MSA Autre _____

N° Allocataire Caf _____
Profession _____
Société _____
Ville - Société _____

Mère

Nom _____
Prénom _____
Tél. travail _____
Mobile _____

Régime sécurité sociale

Général MSA Autre _____

N° Allocataire Caf _____
Profession _____
Société _____
Ville - Sociéte _____

Personnes autorisées à venir chercher les enfants (autres que papa/maman) :

Nom	Prénom	Téléphone	Ville	Lien famille

Personnes autorisées à contacter en cas d'urgence :

Nom	Prénom	Téléphone	Ville	Lien famille

Attention

Accompagné des pièces ci-dessous, ce dossier peut nous être renvoyé à l'accueil de loisirs de votre enfant.

- ✓ Photocopie du carnet de santé de chaque enfant (pages vaccins et maladies contagieuses)
- ✓ Photocopie de l'assurance extrascolaire ou du contrat d'assurance responsabilité civile
- ✓ Photocopie des derniers avis d'imposition sur les revenus de la famille
- ✓ Photocopie du justificatif du montant des prestations familiales versées par la CAF.

Sans ces éléments, nous ne pourrions pas mettre à jour le dossier de votre enfant.



Tournez SVP

Enfant 1

Nom _____ Prénom _____
 Né(e) le _____ à _____ Dépt _____
 Sexe Garçon Fille Ecole _____ Niveau scolaire _____
 N° sécurité sociale _____ Nationalité : Fr / CEE / Hors CEE
 Régime alimentaire particulier : Oui Non Si oui lequel _____
 Allergie alimentaire ou autres _____
 Recommandations particulières _____
 Médecin traitant : Nom _____ ☎ _____
 Autorisé(e) à partir seul(e) après le centre de loisirs : Oui Non
 Autorisé(e) à être pris(e) en photo dans le cadre des activités : Oui Non

Enfant 2

Nom _____ Prénom _____
 Né(e) le _____ à _____ Dépt _____
 Sexe Garçon Fille Ecole _____ Niveau scolaire _____
 N° sécurité sociale _____ Nationalité : Fr / CEE / Hors CEE
 Régime alimentaire particulier : Oui Non Si oui lequel _____
 Allergie alimentaire ou autres _____
 Recommandations particulières _____
 Médecin traitant : Nom _____ ☎ _____
 Autorisé(e) à partir seul(e) après le centre de loisirs : Oui Non
 Autorisé(e) à être pris(e) en photo dans le cadre des activités : Oui Non

Enfant 3

Nom _____ Prénom _____
 Né(e) le _____ à _____ Dépt _____
 Sexe Garçon Fille Ecole _____ Niveau scolaire _____
 N° sécurité sociale _____ Nationalité : Fr / CEE / Hors CEE
 Régime alimentaire particulier : Oui Non Si oui lequel _____
 Allergie alimentaire ou autres _____
 Recommandations particulières _____
 Médecin traitant : Nom _____ ☎ _____
 Autorisé(e) à partir seul(e) après le centre de loisirs : Oui Non
 Autorisé(e) à être pris(e) en photo dans le cadre des activités : Oui Non