

Renseignements responsable légal :

	PÈRE	MÈRE
NOM Prénom		
Adresse		
Tél domicile		
Tél travail		
Tél portable		
Adresse mail*		
Profession		
Employeur		

***obligatoire, merci de remplir en majuscule**

Numéro allocataire :

- CAF
 MSA

Numéro sécurité sociale :

Personnes autorisées à venir chercher le/les enfants(s) :

NOM - Prénom	Téléphone	Lien de parenté

Personne à contacter en cas d'urgences (si impossibilité de joindre le représentant légal) :

NOM - Prénom	Téléphone	Lien de parenté

Personne à enregistrer pour le paiement des factures :

NOM Prénom :
Adresse :
Téléphone :

[Cantine](#)
[Garderie](#)
[CLSH](#)

Autorisation médicale :

Etes-vous bénéficiaire de l'aide médicale gratuite :

- OUI

- NON

Autorisation d'hospitalisation :

- OUI

- NON

Etablissement hospitalier :

Autorise la Directrice du Centre de loisirs et de la garderie à faire soigner mon (mes) enfant(s) et à faire pratiquer des interventions d'urgence suivant les prescriptions du médecin consulté,

M'engage à payer les frais incombant à la famille qui auraient été avancés par l'organisateur, frais médicaux, d'hospitalisation ou d'opération éventuelle,

Qu'à ce jour, mon (mes) enfant(s) ne présente(nt) pas de contre indication à la pratique des activités proposées à la vie en collectivité,

Avoir pris connaissance des conditions générales et certifié exacts les renseignements.

Fait à :

Le :

ATTENTION :

Les inscriptions au centre de loisirs les mercredis et vacances scolaires ne seront prises en compte que si les dossiers sont complets

NOM / Prénom des enfants Date de naissance Merci de préciser O / N dans chaque case (O=oui / N=non)		Ado (à partir de 12 ans)	Autorisation de sortie avec le centre	Brevet 25 m	Sait nager	Prise de photos	Diffusion de photos/vidéo (gazette..)	Prise de paracétamol	Partir seul	Allergie alimentaire, si oui, précisez sur la fiche sanitaire jointe
NOM										
Prénom										
Date de naissance										
NOM										
Prénom										
Date de naissance										
NOM										
Prénom										
Date de naissance										
NOM										
Prénom										
Date de naissance										
NOM										
Prénom										
Date de naissance										

Merci de joindre à ce dossier :

- Photocopie du carnet de vaccination, pages vaccinations uniquement
(en indiquant les prénoms en haut de chaque page)
- Attestation d'assurance
- Fiche sanitaire dûment remplie