



Pièces obligatoires :

- Photo
- N° Sécurité Sociale
- Nom et N° Cie Assurance
- N° CAF ou MSA
- Carnet Vaccination
- Avis Imposition
- Règlement Int. signé

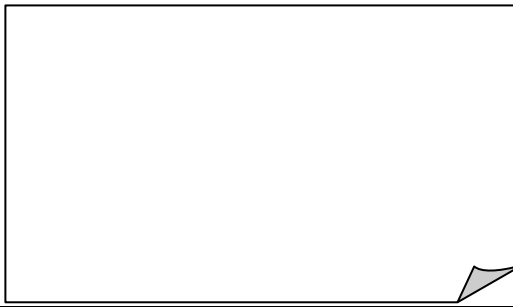


PHOTO
OBLIGATOIRE

ALSH

(DOSSIER VALABLE DU 1^{ER} JUILLET 2018 AU 30 JUIN 2019)

ENFANT - NOM : **PRENOM :**

Né(e) le : / / à : Age : Sexe : Poids : kg

Ecole fréquentée en **septembre 2018** : Classe :

En cas de séparation, domiciliation de l'enfant : Père Mère Tuteur Autre

RESPONSABLE DE L'ENFANT : Père & Mère Tuteur Autre

Nom et prénom du père :

Adresse du père :

Code Postal : **Ville :**

Téléphone : **Mail :**

Employeur : **Téléphone :**

Profession :

- C.S.P. : Agriculteur Artisan, commerçant, chef d'entreprise
 Cadre, prof. Intellectuelle Supérieure Profession intermédiaire
 Employé Ouvrier Retraité Sans emploi

Nom et prénom de la mère :

Adresse de la mère :

Code Postal : **Ville :**

Téléphone : **Mail :**

Employeur : **Téléphone :**

Profession :

- C.S.P. : Agriculteur Artisan, commerçant, chef d'entreprise
 Cadre, prof. Intellectuelle Supérieure Profession intermédiaire
 Employé Ouvrier Retraité Sans emploi

RENSEIGNEMENTS ADMINISTRATIFS DE L'ENFANT :

N° Assuré Social : CPAM MSA Autre

Cie d'assurance (Responsabilité Civile ou Scolaire) : **N° contrat :**

C.A.F. n° **Département :** (*obligatoire même si vous ne touchez pas de prestations*)

PERSONNE(S) AUTORISEE(S)

Je soussigné(e) _____

A U T O R I S E : M _____
M _____
M _____
M _____
M _____


Lien : _____
Lien : _____
Lien : _____
Lien : _____
Lien : _____

à récupérer mon enfant régulièrement à partir de **17h30** et avant **18h15** à l'accueil de Loisirs.

● J'autorise mon enfant à rentrer seul le soir : OUI NON (uniquement à partir de 10 ans)

EN MON ABSENCE, LA PERSONNE A PREVENIR EN CAS D'URGENCE :

Nom : Prénom : Lien de parenté :

☎ Ou :  ☎ Bureau :

Je soussigné

responsable légal **de l'enfant** :

- Déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche.
- Autorise la Responsable de l'Accueil de Loisirs, à prendre le cas échéant, toutes mesures rendues nécessaires par l'état de l'enfant (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) et, en cas de fièvre supérieure à 38.5°, à administrer 1 dose de PARACETAMOL en fonction de son poids.
- Autorise mon enfant à pratiquer les activités sportives et sorties proposées par l'ALSH.
- Accepte, après en avoir pris connaissance, le Règlement Intérieur ci-joint.

Fait à Cavillon le :/...../ 2018-2019

Signature du responsable légal de l'enfant

INSCRIPTIONS ALSH ETE 2018

(Indiquer d'une croix, les périodes choisies)

<input type="checkbox"/> DU 09 AU 13 JUILLET (ECOLE DES RATACANS)	<input type="checkbox"/> DU 6 AU 10 AOUT (ECOLE DES RATACANS)
<input type="checkbox"/> DU 16 AU 20 JUILLET (ECOLE DES RATACANS)	<input type="checkbox"/> DU 13 AU 17 AOUT (ECOLE DES RATACANS) (FERME LE 15 - FERIE)
<input type="checkbox"/> DU 23 AU 27 JUILLET (ECOLE DES RATACANS)	<input type="checkbox"/> DU 20 AU 24 AOUT (ECOLE DES RATACANS)
<input type="checkbox"/> DU 30 JUILLET AU 3 AOUT (ECOLE DES RATACANS)	<input type="checkbox"/> DU 27 AU 31 AOUT (CENTRE KENNEDY)

Réouverture le 12 Septembre