



**Pièces obligatoires pour validation de l'inscription :**

- Photo
- N° Sécurité Sociale
- Nom et N° Cie Assurance
- N° CAF ou MSA
- Carnet Vaccination (vaccin DT Polio à jour)
- Avis Imposition
- Règlement Intérieur signé

**PHOTO  
OBLIGATOIRE**

**ALSH**

(DOSSIER VALABLE DU 1<sup>ER</sup> JUILLET 2017 AU 30 JUIN 2018)

**ENFANT - NOM :** ..... **PRENOM :** .....

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

Ecole fréquentée en **septembre 2017** : ..... 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 :** .....

**☎** ..... **☎** ..... **Mail :** .....

**Employeur :** ..... **☎** .....

**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 :** .....

**☎** ..... **☎** ..... **Mail :** .....

**Employeur :** ..... **☎** .....

**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**  .....

**Compagnie d'assurance :** ..... **N° contrat :** .....

(ex. : assurance élèves, responsabilité civile)

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

**M.S.A.  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 : ...../...../ 2017-2018

**Signature** du responsable légal de l'enfant

INSCRIPTIONS ALSH <u>ETE 2017</u> (Indiquer d'une croix, les périodes choisies)	
<input type="checkbox"/> DU 10 AU 13 JUILLET 2017 (ECOLE DES RATACANS) <small>(FERIE LE 14)</small>	<input type="checkbox"/> DU 7 AU 11 AOUT 2017 (ECOLE DES RATACANS)
<input type="checkbox"/> DU 17 AU 21 JUILLET 2017 (ECOLE DES RATACANS)	<input type="checkbox"/> DU 16 AU 18 AOUT 2017 (ECOLE DES RATACANS) <small>(FERME LE 14 - FERIE LE 15)</small>
<input type="checkbox"/> DU 24 AU 28 JUILLET 2017 (ECOLE DES RATACANS)	<input type="checkbox"/> DU 21 AU 25 AOUT 2017 (ECOLE DES RATACANS)
<input type="checkbox"/> DU 31 JUILLET AU 4 AOUT 2017 (ECOLE DES RATACANS)	<input type="checkbox"/> DU 28 AOUT AU 1 <sup>ER</sup> SEPTEMBRE 2017 (CENTRE KENNEDY)

**Réouverture le 13 Septembre (fermé le 6)**