



ALSH Cebenna

Fiche d'inscription

1- Enfant(s)

Nom : _____ Prénom : _____

Date de naissance : ___/___/___ à _____ fille garçon

Nom : _____ Prénom : _____

Date de naissance : ___/___/___ à _____ fille garçon

Nom : _____ Prénom : _____

Date de naissance : ___/___/___ à _____ fille garçon

2- Responsable(s)

Si l'enfant est en famille d'accueil, veuillez remplir les renseignements concernant la famille d'accueil.

Nom et prénom : _____

Nom et prénom : _____

Adresse : _____

Téléphone : _____ Portable : _____

Mail : _____

Assurance extra-scolaire

NOM de l'assurance de l'enfant : _____

N° de contrat : _____

Employeur : (Nom, adresse, téléphone)

Mère : _____

Père : _____

Allocations Familiales

Nom de la caisse (CAF, MSA ou autre) : _____

N° allocataire : _____



3- Autorisations parentales

Personnes à prévenir en cas de nécessité (après les tuteurs légaux) :

Nom : _____ Prénom : _____ Tél : _____

Nom : _____ Prénom : _____ Tél : _____

Nom : _____ Prénom : _____ Tél : _____

Autorisation de sortie des enfants

J'autorise mon (mes) enfant (s):

À quitter seul le centre de loisirs

À quitter le centre de loisirs que s'il est accompagné de _____

_____ ou de toute autre personne pour laquelle je m'engage à communiquer l'identité auparavant à la direction du centre.

Je m'engage à fournir une décharge à la direction en cas de départ anticipé en cours de journée.

Autorisations spécifiques

À participer aux activités organisées par le centre de loisirs (transport compris)

À participer aux activités de pleine nature (canoë, randonnée...) proposées

À participer à un bivouac

À voyager en voiture particulière ou par moyen de transport collectif

À se baigner : Mon (mes) enfant(s) : _____, _____, _____ sait (savent) nager.

Mon (mes) enfant(s) : _____, _____, _____ ne sait (savent) pas nager.

Droit à l'image : autorisation de l'équipe d'animation de prendre des photos de mon (mes) enfants(s) et de les utiliser dans le cadre de la promotion des activités de l'Accueil de loisirs.

Autorisation médicale

À présenter mon (mes) enfant(s) à un médecin en cas de soin à donner d'urgence et si nécessité sous anesthésie,

À faire pratiquer sur mon enfant toute intervention médicale ou chirurgicale que son état de santé nécessiterait. Je m'engage à rembourser les frais médicaux, chirurgicaux et pharmaceutiques éventuels.

Si cela est possible, je souhaite :

La consultation du docteur (nom, adresse, tel) _____

ou l'hospitalisation à _____

(Préciser le nom de l'hôpital ou de la clinique)

Lu et approuvé, le _____

Signature :

