

 ***DOSSIER D’INSCRIPTION***

 ALSH enfants LES SUCS EN HERBE

 ALSH ados LE TEEN’S

**L’ENFANT**

Nom : …………………………………………………………………………………………………………………………………………….........

Prénom : …………………………………………………………………………………………………………………………………………………

Sexe : M 🞏 F 🞏

Date de naissance : ………………………………………………………………………………………………………………………………

Né(e) à :……………………………………………………………………………………………………………………………………………………

N° de téléphone du jeune : ………………………………………………………………………………………………………………

**INFORMATIONS SANITAIRES** **/ JOINDRE** **OBLIGATOIREMENT LA COPIE DES VACCINS A JOUR**

Médecin traitant :………………………………………………………………………………………………………………….

Allergies / Spécificités repas : ……………………………………………………………………………………………

Accueil sous PAI : oui 🞏 non 🞏 **JOINDRE** **OBLIGATOIREMENT LA COPIE DU PAI OU L’ORDONNANCE**

Bénéficiaire AEEH : oui 🞏 non 🞏 **JOINDRE** **OBLIGATOIREMENT LA NOTIFICATION**

**Recommandation des parents** : …………………………………………………………………………………………………………………………………………….....

……………………………………………………………………………………………………………………………………………...........................................................................

……………………………………………………………………………………………………………………………………………...........................................................................

**PARENT 1** responsable légal oui 🞏 non 🞏 si non, organisme de tutelle :

Nom : …………………………………………………………………………………………………… Régime social : général 🞏 agricole 🞏 autre 🞏

Prénom : ………………………………………………………………………………………………… N°allocataire CAF / n° SS MSA :

Né le : …………………………………………………………………………………………………….

Situation Familiale : …………………………………………………………………………….

Adresse :

……………………………………………………………………………………………………………………………………………...............................................................................

……………………………………………………………………………………………………………………………………………...............................................................................

……………………………………………………………………………………………………………………………………………...............................................................................

Mail : …………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

Tél portable : ……………………………………………….Tél domicile : ……………………………….……….Tél Professionnel : ………………………………………

Profession / employeur : ………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..

**PARENT 2** responsable légal oui 🞏 non 🞏 si non, organisme de tutelle :

Nom : …………………………………………………………………………………………………… Régime social : général 🞏 agricole 🞏 autre 🞏

Prénom : ………………………………………………………………………………………………… N°allocataire CAF / n° SS MSA :

Née le : …………………………………………………………………………………………………….

Situation Familiale : …………………………………………………………………………….

Adresse :

……………………………………………………………………………………………………………………………………………...............................................................................

……………………………………………………………………………………………………………………………………………...............................................................................

……………………………………………………………………………………………………………………………………………...............................................................................

Mail : …………………………………………………………….

Tél portable : ……………………………………………….Tél domicile : ……………………………….……….Tél Professionnel : ………………………………………

Profession / employeur : ………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………...

**PERSONNES A PRÉVENIR EN CAS D’ACCIDENT** (Préciser nom / Prénom / Qualité / N° Tel)

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

**PERSONNES AUTORISÉES À RÉCUPERER L’ENFANT** (Préciser nom / Prénom / Qualité / N° Tel)

***Si autorisation exceptionnelle, faire une autorisation écrite en précisant le jour concerné***

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

**AUTORISATIONS PARENTALES**

- Droit à l’image: oui 🞏 non 🞏

- Partir seul : oui 🞏 non 🞏

- Consultation Quotient Familial (CAF/MSA) : oui 🞏 non 🞏

- Mail(s) à utiliser pour l’envoi des factures :

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

Je soussigné (e)………………………………………………………………………, déclare exacts les renseignements ci-dessus et autorise le responsable de l’accueil de loisirs, le cas échéant, à prendre toutes les mesures d’urgence rendues nécessaires par l’état de mon enfant.

J’autorise également le responsable à transporter mon enfant avec son véhicule personnel (assurance spécifique transport d’enfants) ainsi qu’avec un véhicule loué à cet effet.

**J’ai lu et j’accepte le règlement intérieur.**

Fait à …………………………………………………le …………/……/……….. **Signature**: