

DOSSIER D'INSCRIPTION ANNEE SCOLAIRE 2026/2027



Merci de cocher les
services utilisés par vos
enfants

Accueil Périscolaire	☐
ALSH Ste Livrade sur Lot	☐
Restauration	☐

ENFANT	
Nom / Prénom :	
Né le :	à
Ets Scolaire :	
Assurance et N°:	

* Les factures seront envoyées à l'adresse du Responsable légal.

RESPONSABLE LÉGAL : ☐ PÈRE ☐ MERE ☐ AUTRE :.....	
Nom(s) / Prénom(s) :	N° Sécurité Sociale :
Adresse :	N° CAF :
CP / VILLE :	N° MSA :
tél :	Situation de Famille:
Portable	Célibataire () Divorcé () Marié () Veuf-ve () En couple ()
Email :	
Profession:	
Tél employeur :	

RESPONSABLE LÉGAL : ☐ PÈRE ☐ MERE ☐ AUTRE :.....	
Nom(s) / Prénom(s) :	N° Sécurité Sociale :
Adresse :	N° CAF :
CP / VILLE :	N° MSA :
tél :	Situation de Famille:
Portable	Célibataire () Divorcé () Marié () Veuf-ve () En couple ()
Email :	
Profession:	
Tél employeur :	

DÉPLACEMENT DE L'ENFANT		
AUTORISATION DE RETOUR SEUL(E)	OU	NON AUTORISÉ(E) À PARTIR SEUL(E)
Personne habilitée à venir	NOM Prénom :	Tél. :
chercher le ou les enfants	NOM Prénom :	Tél. :
	NOM Prénom :	Tél. :
	NOM Prénom :	Tél. :
** (indiquer la situation par rapport à l'enfant : conjoint, grand-parents, oncle, ami, ...)		Situation **

JE SOUSSIGNÉ M. OU MME.....
RESPONSABLE LÉGAL DE L'ENFANT.....
DÉCLARE EXACT LES RENSEIGNEMENTS PORTÉS SUR CETTE FICHE.
AUTORISE mon enfant à participer aux sorties et activités proposées par le centre de loisirs
AUTORISE le centre de loisirs à prendre en photo ou à filmer mon enfant, dans le cadre des activités et pour le site Internet.
AUTORISE le centre de loisirs à faire hospitaliser mon enfant en cas d'ACCIDENT GRAVE

Pièces à fournir :
- Attestation CAF/MSA ou numéro d'allocataire
- Certificat médical d'aptitude aux activités sportives et de non contagion
- Attestation carte vitale
- Attestation d'assurance extrascolaire ou responsabilité civile



La famille atteste avoir pris connaissance du règlement intérieur et s'engage à le respecter

Consultation du règlement intérieur sur le site internet de l'Association Pierre Mandis, rubrique ALSH Ste Livrade sur Lot

Fait à :
Le :

SIGNATURE :

MÉDECIN TRAITANT : Nom : Téléphone :

NOUS NE SOMMES PAS AUTORISÉS À DONNER DES MÉDICAMENTS AUX ENFANTS

Mon enfant est à jour de ses vaccinations ☐

<u>RENSEIGNEMENTS</u> <u>ENFANT (S) :</u>	NOM de l'enfant : PRENOM de l'enfant : Date de naissance :
--	--

DERNIÈRES VACCINATIONS	
BCG	Le :
DT POLIO	Le :
R.O.R	Le :
HÉPATITE	Le :
AUTRES	Le :

<u>RENSEIGNEMENTS</u> <u>MÉDICAUX</u> <u>Maladies déjà</u> <u>contractées</u> <i>Rayer les mentions</i> <i>inutiles</i>	RUBÉOLE
	VARICELLE
	SCARLATINE
	COQUELUCHE
	OTITES
	ROUGEOLE
	OREILLONS
	ASTHMES
	Autre :

Traitement médical actuel	
---------------------------	--

ALLERGIES	
-----------	--

Mon enfant sait nager :	oui ☐ non ☐
-------------------------	--

<u>Renseignements supplémentaires :</u>
--

Signature du responsable légal :