



DOSSIER D'INSCRIPTION ANNEE SCOLAIRE 2023/2024



Merci de cocher les services utilisés par vos enfants

Accueil Périscolaire	<input type="checkbox"/>
ALSH Ste Livrade sur Lot	<input type="checkbox"/>
Restauration	<input type="checkbox"/>

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

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

RESPONSABLE LÉGAL : <input type="checkbox"/> PÈRE <input type="checkbox"/> MERE <input type="checkbox"/> 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 : <input type="checkbox"/> PÈRE <input type="checkbox"/> MERE <input type="checkbox"/> 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 chercher le ou les enfants	NOM Prénom : NOM Prénom : NOM Prénom : NOM Prénom :	Tél. : Tél. : Tél. : 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

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

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

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

Mon enfant sait nager :	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>
--------------------------------	--

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

Signature du responsable légal :