

# FICHE D'INSCRIPTION ANNUELLE

## Accueil de loisirs de .....

MERCI D'ECRIRE AVEC UN STYLO A BILLE  
3 feuillets : 2 feuillets ALSH, 1 feuillet Administration

**L'enfant :**

Nom : ..... Prénom : .....

Date de naissance : ..... / ..... / ..... Garçon  Fille

Etablissement scolaire fréquenté : .....

**Responsables légaux de l'enfant :**  Père  Mère  Tuteur

Norm(s) : .....

Nb d'adultes composant le foyer : ..... Nb d'enfants à charge : .....

Adresse : .....

Code Postal : ..... Ville : .....

Tél. (s) en cas d'urgence (préciser nom et lien avec l'enfant) : .....

Email : ..... @ .....

Numéro d'allocation CAF : ..... AEEH/PCH<sup>1</sup>  Oui  non

ou Numéro d'allocation MSA : .....

Numéro de sécurité sociale : .....

*A remplir par Leo Lagrange*

GF : ..... € Tarif : ..... Ext. : ..... Non Ext. : .....

1<sup>er</sup> 2<sup>ème</sup> 3<sup>ème</sup> et +

Nombre d'enfants de la famille inscrite à l'ALSH : .....

*Vous devez nous fournir à l'inscription un justificatif de votre Quotient Familial CAF ou votre dernier avis d'imposition + relevé des prestations familiales. Sans justification, le tarif plein sera appliqué*

**Les personnes autorisées à venir chercher votre enfant sont :**

(une pièce d'identité sera demandée) :

..... Tél : .....

..... Tél : .....

J'autorise mon enfant à partir seul (à partir de 6 ans) :  Oui  Non

(Modalités à préciser à l'inscription)

**INFORMATION**

L'association Léo Lagrange Ouest est assurée à la MAJF. Nous vous conseillons toutefois de souscrire un contrat d'assurance couvrant les dommages corporels auxquels votre enfant peut être exposé

**Renseignements sanitaires :**

Fournir obligatoirement une photocopie en 2 exemplaires du carnet de vaccination (Rappel des vaccins obligatoires en accueil collectif de mineurs : Diphtérie, Tétanos, Pelliomyélite)

■ L'enfant présente-t-il des troubles de santé ?  oui  non

Si oui, lesquels : .....

Si oui, l'enfant fait-il l'objet d'un PAI ? (protocole d'accueil individualisé)  oui  non

Veillez joindre une copie du PAI.

**si non, en cas de trouble de santé identifié, prendre contact avec le/la responsable**

■ Autres recommandations des parents : .....

■ Si votre enfant suit un traitement médical, joindre une ordonnance récente et les médicaments correspondants (dans leur emballage d'origine + notice, marqués au nom de l'enfant)

Nom et tél. du Médecin traitant : .....

**AUTORISATIONS**

- j'autorise que mon enfant soit pris en photos (et/ou vidéos) dans le cadre de l'accueil de loisirs. Celles-ci pourront être utilisées, diffusées et reproduites par Léo Lagrange Ouest (magazine, internet...) et ses partenaires (mairie, intercommunalité...).

Oui, j'accepte  Non, je refuse

- je certifie avoir pris connaissance des modalités de fonctionnement ainsi que du règlement intérieur de l'accueil de loisirs.

- je m'engage à payer l'intégralité des frais de l'accueil de loisirs dès réception de la facture.

- j'autorise la direction à prendre, le cas échéant, toutes mesures rendues nécessaires par l'état de santé de l'enfant. (médecin, hospitalisation, ...)

- j'atteste l'exactitude des renseignements portés sur ce document.

- je m'engage à faire connaître à l'organisateur toutes modifications éventuelles.

Norm & Prénom : .....

Fait à : .....

Le : .....

Signature

<sup>1</sup> AEEH = Allocation d'Éducation Enfant Handicapé / PCH = Prestation de Compensation du Handicap