

## INSCRIPTION DE(S) L' ENFANT(S) ALSH

.....  maternel  primaire .....  maternel  primaire  
.....  maternel  primaire .....  maternel  primaire

### Parent/ Adulte Responsable ①

M  Mme  
 Autre (organisme, tuteur...) .....

### Parent/ Adulte Responsable ②

M  Mme  
 Autre (organisme, tuteur...) .....

Nom .....

Nom de jeune fille .....

Prénom .....

Adresse .....

Ville .....

CP .....

 .....

 .....

Email .....

Profession .....

Employeur .....

 Professionnel .....

N° Sécurité Sociale .....

**SITUATION FAMILIALE**    Concubin     Célibataire(e)     Marié(e)/Pacsé(e)   
Vie maritale     Divorcé(e)     Séparé(e)     Veuf(ve)     En instance de divorce

Droit de garde :(préciser).....    Garde alternée

### ALLOCATIONS FAMILIALES

Nom de l'allocataire : .....

Régime  CAF  MSA  AUTRE .....

N° Caf ou MSA : .....

QF : ..... DATE D'EFFET .....

### NOM ET ADRESSE DE LA COMPAGNIE D'ASSURANCE :

.....

.....

NUMERO DE CONTRAT : .....

BENEFICIAIRE DE LA CMU

Je soussigné(e), .....  
certifie de l'exactitude des informations ci-dessus et avoir pris connaissance du règlement intérieur  
du site.

Fait à Perpignan, le ..... / ..... / .....

**SIGNATURE OBLIGATOIRE**



Merci de compléter une fiche par enfant et de la remettre au responsable du centre

NOM : ..... PRENOM : .....

DATE DE NAISSANCE : ..... / ..... / ..... SEXE : M  F

ADRESSE : .....

Nom du Parent/ Adultte Responsable ❶ de l'enfant : ..... ① .....

Nom du Parent/ Adultte Responsable ❷ de l'enfant : ..... ① .....

### 1 - VACCINATION

VACCINATION A JOUR oui  non

Une copie des vaccins est à remettre obligatoirement.

### 2 -RECOMMANDATIONS UTILES

L'enfant bénéficie-t-il d'un **Protocole d'Accueil Individualisé (PAI)** : oui  non

Si oui, pour quel motif ?

Allergie et traitement médical oui  non

Situation de handicap oui  non

**Votre enfant porte t il des :**

Des lunettes oui  non

Des lentilles oui  non

Appareil dentaire oui  non

### 3 - RENSEIGNEMENTS MEDICAUX CONCERNANT L'ENFANT

#### \* ALLERGIES :

ASTHME oui  non

Préciser si traitement : .....

ALIMENTAIRES oui  non

Préciser : .....

MEDICAMENTEUSES oui  non

Préciser : .....

AUTRES, PRECISER : .....

REPAS classique  VEGETARIEN

\* NOM DU MEDECIN TRAITANT : .....

① ..... / ..... / ..... / ..... / .....

Votre enfant a t'il des contre-indications à la pratique d'activités sportives ? oui  non

Joindre une attestation du médecin

### 4 - PERSONNES A PREVENIR EN CAS D'URGENCE ET/OU AUTORISEES A PRENDRE L'ENFANT EN CHARGE

(en dehors des parents déjà mentionnés et exclusivement sur présentation d'une pièce d'identité)

#### CONTACT 1

#### CONTACT 2

Nom ..... Prénom .....

Nom ..... Prénom .....

Né(e) le : .../.../..... Lien .....

Né(e) le : .../.../..... Lien .....

A contacter en cas d'urgence  .....

A contacter en cas d'urgence

Autorisé à venir chercher l'enfant  .....

Autorisé à venir chercher l'enfant

☎ ..... / ..... / ..... / ..... / ..... ☎ ..... / ..... / ..... / ..... / ..... ☎ ..... / ..... / ..... / ..... / .....

☎ ..... / ..... / ..... / ..... / .....

**5 – AUTORISATION DE SORTIE SEUL(E) (pour les primaires)**

J'autorise

Je n'autorise pas

mon enfant..... du centre à ..... (heure entre 17h et 18h15).

**6 – AUTORISATION DROIT A L'IMAGE :**

J'autorise

Je n'autorise pas

**Léo Lagrange Méditerranée** dont le siège est sis à 67 la Canebière 13001 Marseille, et toute personne physique ou morale qu'elle mandaterait, à :  
photographier, filmer, reproduire, diffuser et publier cette image afin d'illustrer toutes les publications de la Fédération Léo Lagrange destinées à un public interne ou externe et que celles-ci soient faites à titre gratuit ou onéreux, mais également pour illustrer le site Internet des Accueils Collectifs de Mineurs de Léo Lagrange Méditerranée, antenne de Perpignan.

**7 – Accès CAF CDAP**

J'autorise

Je n'autorise pas

La direction de la structure à consulter mon dossier allocataire CAF CDAP afin d'accéder directement aux ressources (quotient, revenus, nombre d'enfants à charges...). Le service CAF CDAP respecte les règles de confidentialités. La CAF attribue un identifiant et un mot de passe qui est strictement personnel et confidentiel à la direction de la structure.

**8- ATTESTATION DU OU DES PARENTS DE L'ENFANT**

Je déclare exact l'ensemble des renseignements portés sur cette fiche et autorise le responsable du centre de loisirs à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendus nécessaire par l'état de santé de l'enfant. Je m'engage à signaler tout changement concernant les renseignements annotés sur cette fiche.

Date : ..... / ..... / .....

Signature obligatoire :

Nom et Prénom :

**Informations et documents à présenter :**

- une fiche de renseignements de la famille dûment remplie,
- une fiche individuelle par enfant dûment remplie,
- le livret de famille,
- justificatif d'identité de l'adulte confiant l'enfant,
- déclaration de ressources (n-2) pour les non-allocataires de la Caf des Pyrénées-Orientales,
- le carnet de vaccination de l'enfant (photocopie) ou d'un certificat de vaccination, l'enfant doit être à jour de ses vaccins,
- le n° d'allocataire CAF ou du bon original de la MSA,
- un justificatif de domicile (facture d'électricité, de gaz, de téléphone, d'internet, quittance de loyer, titre de propriété),
- le n° de sécurité sociale du parent responsable,
- une attestation d'assurance extra scolaire et/ou de l'attestation de responsabilité civile,
- remplir une fiche sanitaire de liaison.
- le N° de tel permettant un contact pendant le temps de présence de l'enfant.

Les parents/responsable de l'enfant sont tenus d'informer la directrice ou directeur de la structure Léo Lagrange de tout changement, notamment contact téléphonique.