



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

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

Parent/ Adulte Responsable ❶

M Mme
 Autre (organisme, tuteur...)

Parent/ Adulte Responsable ❷

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

<p>1 – VACCINATION</p> <p>VACCINATION A JOUR oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> Une copie des vaccins <u>est à remettre</u> <u>obligatoirement.</u></p> <hr/> <p>2 –RECOMMANDATIONS UTILES</p> <p>L'enfant bénéficie-t-il d'un Protocole d'Accueil Individualisé (PAI) : oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> Si oui, pour quel motif ?</p> <p>Allergie et traitement médical oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> Situation de handicap oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/></p> <p>Votre enfant porte t il des :</p> <p>Des lunettes oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> Des lentilles oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> Appareil dentaire oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/></p>	<p>3 – RENSEIGNEMENTS MEDICAUX CONCERNANT L'ENFANT</p> <p>* ALLERGIES :</p> <p>ASTHME oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> Préciser si traitement :</p> <p>ALIMENTAIRES oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> Préciser :</p> <p>MEDICAMENTEUSES oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> Préciser :</p> <p>AUTRES, PRECISER :</p> <p>REPAS classique <input type="checkbox"/> VEGETARIEN <input type="checkbox"/></p> <p>* NOM DU MEDECIN TRAITANT :</p> <p style="text-align: center;">① / / / /</p> <p>Votre enfant a t'il des contre-indications à la pratique d'activités sportives ? oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> Joindre une attestation du médecin</p>
--	--

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
<p>Nom Prénom</p> <p>Né(e) le : .../.../..... Lien</p> <p>A contacter en cas d'urgence <input type="checkbox"/></p> <p>Autorisé à venir chercher l'enfant <input type="checkbox"/></p> <p>☎ / / / / ☎ / / / / 📞 / / / /</p>	<p>Nom Prénom</p> <p>Né(e) le : .../.../..... Lien</p> <p>A contacter en cas d'urgence <input type="checkbox"/></p> <p>Autorisé à venir chercher l'enfant <input type="checkbox"/></p> <p>☎ / / / / ☎ / / / / 📞 / / / /</p>

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 inscrit 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.