

FICHE D'INSCRIPTION

ANNÉE SCOLAIRE 2020/2021

L'ENFANT

Nom : Prénom :
 Date de naissance : ___/___/____ Age :
 École fréquentée : Classe :
 Particularités (allergies, régimes...) :

RESPONSABLE LÉGAL (Porteur du dossier)

Père Mère Famille d'accueil Autre (à préciser)

Nom : Prénom :
 Adresse :
 Code postal : Ville :
 Tél Domicile : ___/___/___/___/___ Tél Portable : ___/___/___/___/___
 Profession : Tél Travail : ___/___/___/___/___
 Employeur :
 Adresse Mail :
 Régime allocataire : CAF MSA N° allocataire CAF :
 N° de sécurité sociale :

RESPONSABLE 2

Père Mère Famille d'accueil Autre (à préciser)

Nom : Prénom :
 Adresse :
 Code postal : Ville :
 Tél Domicile : ___/___/___/___/___ Tél Portable : ___/___/___/___/___
 Profession : Tél Travail : ___/___/___/___/___
 Employeur :
 Adresse Mail :
 Régime allocataire : CAF MSA N° allocataire CAF :
 N° de sécurité sociale :

CADRE RÉSERVÉ À L'ADMINISTRATION

Régime (voir prestations familiales):

Général (salariés, travailleurs indépendants, fonctionnaires, EDF, SNCF...) Agricole

Tarif ½ journée ALSH: Aides :

Prix du repas A.L.P. : Nombre d'enfant(s) à charge :

DOCUMENTS À FOURNIR :

- Photo d'identité (facultatif)
- Fiche sanitaire de Liaison
- Photocopie du carnet de santé (vaccinations)
- RIB (si prélèvement automatique)
- Attestation d'assurance responsabilité civile (si M.A.E. formule 24/24 Plus ou famille)
- Si non allocataire CAF, photocopie de l'avis d'imposition année N-1 et du livret de famille (pages de tous les membres de la famille)

PERSONNES À CONTACTER EN CAS D'URGENCE (hors responsables)

M Tél : ____/____/____/____/____
M Tél : ____/____/____/____/____
M Tél : ____/____/____/____/____
M Tél : ____/____/____/____/____

PERSONNES AUTORISÉES À VENIR RECUPÉRER L'ENFANT

J'autorise les personnes suivantes à venir récupérer mon enfant. **Ces personnes devront être majeures** pour les enfants de moins de 6 ans :

M Tél : ____/____/____/____/____
M Tél : ____/____/____/____/____
M Tél : ____/____/____/____/____
M Tél : ____/____/____/____/____

AUTORISATIONS

Je soussigné(e) Mme ou M. responsable légal(e) de l'enfant certifie avoir pris connaissance des conditions de fonctionnement de l'Accueil de Loisirs Intercommunal, pôle de, ainsi que du/des règlement(s) intérieur(s) du ou des A.L.E. et/ou A.L.P.

J'autorise mon enfant :

<input type="checkbox"/> à sortir seul de	
<input type="checkbox"/> l'accueil périscolaire (lundi-mardi-jeudi-vendredi)	à partir de
<input type="checkbox"/> l'accueil périscolaire (mercredi)	à partir de
<input type="checkbox"/> l'accueil extrascolaire (vacances)	à partir de
<input type="checkbox"/> à partir avec son enseignant avant la fermeture de l'A.L.P. lors de sorties scolaires, de rencontres sportives ou d'A.P.C.	

En dehors des autorisations mentionnées ci-dessus, l'enfant ne sera pas autorisé à sortir seul de l'Accueil de Loisirs.
Rappel : un enfant de moins de 6 ans sera obligatoirement récupéré par une personne majeure signalée sur la présente fiche.

J'autorise - Je n'autorise pas (*razer la mention inutile*) la prise de/des photos de groupe et la diffusion de/des photos dans le cadre de la communication de la Communauté de communes du Clermontais (magazine, plaquette thématique ou articles sur site Internet de la C.C.C., réseaux sociaux, réalisation DVD pour les sorties et les séjours).

J'autorise mon enfant à participer à toutes les activités, sorties, baignades organisées par la direction.

J'autorise la consultation de mon dossier d'allocations familiales sur le site internet professionnel de la CAF ou de la MSA.

Je m'engage à fournir les documents nécessaires, et à me conformer aux modalités de paiement.

Je m'engage à rembourser au pôle les frais occasionnés en cas d'intervention du médecin.

Fait à

Le

Signature du responsable légal (*Précédée de la mention lu et approuvé*)