



FICHE D'INSCRIPTION

Enfant Inscrit

Nom :

Prénom :

Né (e) le : Age :

Lieu de naissance :

Si naissance multiple (indiquez le rang) :

1 2 3 4

Sexe : Masculin Féminin

Ecole :

Classe :

ACCUEILS DE LOISIRS D'ECROUVES

Année Scolaire 2017-2018

COORDONNEES FAMILLE

Nom - Prénom du Père :

Adresse :

Tél Fixe : Tél Portable :

E-mail : Tél Employeur :

Responsable Légal de l'Enfant : OUI NON

Profession : Employeur :

N° Sécurité Sociale : N° Allocataire CAF (7 chiffres) :

Quotient Familial en cours : Euros (justificatif joint)

Etes-vous d'un régime particulier : MSA

Luxembourg ou Belgique AUTRES (précisez) :

Nom - Prénom de la Mère :

Adresse :

Tél Fixe : Tél Portable :

E-mail : Tél Employeur :

Responsable Légal de l'Enfant : OUI NON

Profession : Employeur :

N° Sécurité Sociale : N° Allocataire CAF (7 chiffres) :

Quotient Familial en cours : Euros (justificatif joint)

Etes-vous d'un régime particulier : MSA

Luxembourg ou Belgique AUTRES (précisez) :

AUTORISATION PARENTALE

Je soussignée (personne responsable) :,
certifie inscrire mon enfant : aux accueils de loisirs
(mercredis éducatifs et/ou vacances scolaires) d'Ecrouves suivant la ou les fiches
annexées ci-jointes.

J'ai pris connaissance des conditions générales de fonctionnement de l'accueil.

J'autorise mon enfant à participer à toutes les activités et sorties organisées dans le
cadre des accueils de loisirs, notamment les activités nautiques.

J'ai pris connaissance qu'il pouvait y avoir des déplacements : transport collectif
(bus, minibus...) dans le respect de la législation en vigueur.

J'autorise la direction du centre à prendre toutes les mesures utiles dans le cas où
mon enfant aurait besoin de soins médicaux ou hospitaliers.

- J'autorise la reproduction et la diffusion de photographies de mon enfant
réalisées dans le cadre de l'accueil périscolaire et ne portant pas atteinte à sa
réputation ou à sa vie privée. (1)

OUI

NON

- J'autorise l'accès à mon dossier individuel CAF PRO (dans le cas où l'attestation
de droit CAF ne serait pas fournie) (1)

OUI

NON

(1) Cochez la mention choisie

Je signale le régime particulier alimentaire suivant pour mon enfant :

.....

Fait à le

Signature personne responsable :

AUTORISATION DE DEPART

Je soussigné(e) nom, prénom :

Agissant en qualité de responsable légal (e) de l'enfant :

Nom :

Prénom :

Date de naissance :/...../.....

- Autorise mon enfant à quitter seul le ou les Accueils d'Ecrouves
- N'autorise pas mon enfant à quitter seul le ou les Accueils d'Ecrouves
- J'autorise la ou les personnes suivantes à venir chercher mon enfant :

	NOM	PRENOM	ADRESSE	TELEPHONE
1				
2				
3				
4				

Le :
Signature :