

- ✓ J'autorise mon enfant à être transporté(e) dans le véhicule de service (minibus) pour se rendre sur le lieu de l'activité.
- ✓ J'autorise mon enfant à prendre part à toutes les activités et sorties organisées par le centre de loisirs. L'inscription sera définitive à réception du dossier complet, seules les absences justifiées par un certificat médical feront l'objet d'une annulation.

- ✓ J'autorise :
 - La prise de photos de mon enfant dans le cadre des activités du centre de loisirs Oui Non
 - La diffusion des photos Oui Non

J'autorise mon enfant à venir seul à l'accueil de loisirs (**à partir de 8 ans**)

Oui Non

A quitter seul l'accueil de loisirs (**à partir de 8 ans**) Oui Non

Le centre de loisirs décline toute responsabilité en cas de perte, dégradation ou vol d'effets personnels.

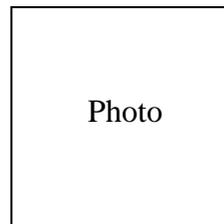
Je soussigné,....., responsable de l'enfant, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et m'engage à informer le service de toute modification au cours de l'année scolaire. J'autorise le responsable du séjour prendre, le cas échéant, toutes les mesures (soins médicaux, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de l'enfant.

J'ai pris connaissance et accepte le règlement intérieur de l'accueil de loisirs et m'engage à le respecter.

Fait le :

à :

Signature



Dossier d'inscription 2016- 2017
Périscolaire
Extrascolaire
Restauration scolaire

Accueil de loisirs les p'tites bouilles



NOM DE L'ENFANT : PRENOM :

Date de Naissance :/...../..... Age : SEXE : F M

Votre enfant est scolarisé à : Peipin Aubignosc Salignac Entrepierres Monfort
 Autres Classe

Nom - Prénom adulte 1 Lien de parenté :

Tél portable : Tel fixe : Mail :

Adresse : CP : Ville :

Profession : Employeur : Tel professionnel :

Nom - Prénom adulte 2 Lien de parenté :

Tél portable : Tel fixe : Mail :

Adresse : CP : Ville :

Profession : Employeur : Tel professionnel :

J'autorise les personnes suivantes à récupérer mon enfant.

Nom – Prénom : Tél : Lien de parenté :

Nom – Prénom : Tél : Lien de parenté :

Nom – Prénom : Tél : Lien de parenté :

Fratric complète

NOM – Prénom : NOM – Prénom :

Date de naissance : Date de naissance :

Ecole + Classe : Ecole + Classe :

NOM – Prénom : NOM – Prénom :

Date de naissance : Date de naissance :

Ecole + Classe : Ecole + Classe :

L'enfant suit-il actuellement un traitement médical ? oui non

Si oui, lequel ? **Fournir obligatoirement une ordonnance récente et les médicaments correspondants. Aucun médicament sera délivré sans ordonnance.**

.....
.....

Date des vaccinations : (se référer au carnet de santé, le DTP est obligatoire en collectivité)

DT Polio (DTCP, Tentacoq, Pentavac...) fait le :

L'enfant a-t-il :

Un Projet d'Accueil Individualisé (PAI) (copie à fournir)

Un suivi : CMPI CAMPS Centre de jour Autre précisez

.....
.....

Vos recommandations utiles : (difficultés de santé, port de lunettes, opération, énurésie...) ou toute autre information que vous jugerez importante.

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

Pour les repas, y a-t-il des recommandations particulières ?

.....
.....
.....

Nom du médecin traitant :

Tél : Ville :

Personne à contacter en cas d'urgence :

Niveau de nage de l'enfant :

Ne sait pas nager Nage avec brassards Nageur débutant
 Nageur confirmé

Allocataire (pour les enfants) : CAF MSA Autre

N° Allocataire

Titulaire BONS CAF (Aide au Temps Libre) Oui Montant de l'ATL Non

Compagnie d'assurance Responsabilité Civile :

N° du contrat (police d'assurance) :

N° de sécurité sociale :

Pièces justificatives obligatoires :

- Dossier d'inscription
- Photo d'identité
- Livret de famille
- Copie de la carte d'identité du ou des responsable(s) légaux
- Copie des vaccinations (DTP à jour) ou certificat médical de contre-indication.
- Assurance extrascolaire en cours de validité
- Assurance responsabilité civile en cours de validité
- Bon d'Aide au Temps Libre (CAF) si bénéficiaire
- Copie de l'autorité parentale et du jugement si nécessaire

Accueil de Loisirs Les p'tites bouilles

Bât du grand champ (1^{er} étage)

04200 PEIPIN

Tel : 04 92 62 52 41 lesptitesbouilles04@orange.fr