

# FICHE FAMILIALE D'INSCRIPTION

<b>ENFANT (S)</b>				
<i>NOM</i>	<i>PRENOM</i>	<i>DATE DE NAISSANCE</i>	<i>NOM DE L'ECOLE</i>	<i>CLASSE</i>

<b>LA FAMILLE</b>	<i>PARENT 1</i>	<i>PARENT 2</i>
<i>NOM</i>		
<i>PRENOM</i>		
<i>ADRESSE</i>		
<i>TEL. DOMICILE</i>		
<i>PORTABLE</i>		
<i>TEL. TRAVAIL</i>		
<i>E-MAIL (FACTURES ET PLANNINGS D'INSCRIPTION ENVOYES PAR MAIL, NOTER UNE SEULE ADRESSE MAIL)</i>		
<i>PROFESSION</i>		

<b>L'ALLOCATAIRE</b>	
<i>QUOTIENT FAMILIAL</i>	
<i>N° ALLOCATAIRE</i>	
<i>CAISSE (CAF/MSA/AUTRES)</i>	

<b>PERSONNES AUTORISEES A VENIR CHERCHER LES ENFANTS ET/OU A PREVENIR EN CAS D'ABSCENCE DES PARENTS</b>		
<i>NOM</i>	<i>PRENOM</i>	<i>N° TELEPHONE</i>

Aucun enfant ne sera confié à une personne non autorisée par écrit à venir le chercher.  
 L'enfant est sous la responsabilité de l'association durant le temps d'ouverture du centre. Elle ne peut être tenue pour responsable d'accident survenant en dehors des heures d'ouverture.  
 Aucun enfant ne sera autorisé à partir seul de l'accueil de loisirs, il devra être accompagné d'un adulte.

## AUTORISATION MEDICALE

Je, soussigné(e), \_\_\_\_\_

Père / Mère, responsable légal de l'enfant : \_\_\_\_\_

Autorise le directeur du centre de loisirs de \_\_\_\_\_ à prendre les dispositions nécessaires en cas d'accident ou de maladie de mon enfant, les lieux d'hospitalisation d'urgence étant décidés par les structures d'urgence (SAMU, pompiers...).

<b>MEDECIN TRAITANT</b>	
<i>NOM</i>	
<i>ADRESSE</i>	
<i>N° TELEPHONE</i>	

## AUTORISATION DE TRANSPORT

Je, soussigné(e), \_\_\_\_\_

Père / Mère, responsable légal de l'enfant : \_\_\_\_\_

Autorise le directeur du centre de loisirs de \_\_\_\_\_ ou les bénévoles et animateurs de l'ALSH à transporter mon(mes) enfant(s) pour des déplacements ponctuels (lieux de mini camps, sorties...) dans son véhicule personnel à condition qu'il ait pris toutes les dispositions nécessaires en matière d'assurances et de sécurité.

## AUTORISATIONS DIVERSES

Je, soussigné(e), \_\_\_\_\_

Père / Mère, responsable légal de l'enfant : \_\_\_\_\_

∩ autorise la prise de vue (photos et films) de mon (mes enfants) pendant les activités ou dans le cas de reportages (journaux). Ces photos pourront être diffusées dans le cadre de reportages, du site internet de l'AFR ou de la CCVC ou dans celui d'une activité spécifique.

*Nous tenons à vous informer que la caisse d'allocations familiales de Loire Atlantique met à votre disposition un service par internet à caractère professionnel qui vous permet de consulter directement les éléments de votre dossier d'allocations familiales nécessaires à l'exercice de notre mission.*

*Conformément à la loi du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés nous vous rappelons que vous pouvez vous opposer à la consultation de ces informations en nous contactant. Dans ce cas, il vous appartient de nous fournir les informations nécessaires pour le calcul du quotient familial afin de déterminer le tarif (copie de l'avis d'imposition). A défaut, vous réglerez l'inscription au tarif maximum.*

Fait le \_\_\_\_\_

A \_\_\_\_\_

Signature :