



Dossier d'inscription Accueil Jeunes 2019

ENFANT

Nom de l'enfant: Prénom de l'enfant:

Date de naissance: Lieu de naissance:

Age:

Entourez : Masculin Féminin

Assurance individuelle:

Numéro d'allocataire CAF : nom du compte :

DÉTENTEUR DE L'AUTORITÉ PARENTALE

• PÈRE

Nom-Prénom:

Adresse:

Ville: Code postal:

Numéro téléphone:

Email:

• MÈRE

Nom-Prénom:

Adresse:

Ville: Code postal:

Numéro de téléphone:

Email:

• NOM ET ADRESSE DE L'EMPLOYEUR DES PARENTS

Père: nom employeur:

Adresse:

Mère: nom de l'employeur:

Adresse:

Si séparation, merci de joindre la décision de justice concernant la garde si problèmes potentiels.

SANTE

Problème(s) de santé:

.....
.....

Votre enfant a-t-il des allergies ? Oui Non

Si oui, lesquelles ?

Alimentaires:

Médicamenteuses:

Autres:

Régime alimentaires particuliers:

AUTORISATION DE FAIRE PRATIQUER LES SOINS D'URGENCE ET D'HOSPITALISATION

J'autorise la pratique des soins d'urgence et d'hospitalisation sur mon enfant.

Je n'autorise pas la pratique des soins d'urgence et d'hospitalisation sur mon enfant.

AUTORISATION DROIT À L'IMAGE

Pendant les activités, des photographies peuvent être prises pour être diffusées dans la presse, dans les dépliants, revues municipales ou le blog.

J'autorise la publication des photos de mon enfant.

Je n'autorise pas la publication des photos de mon enfants.

PERSONNES AUTORISÉES À REPRENDRE L'ENFANT

Préciser le nom et prénom des personnes susceptibles de récupérer vos enfants le soir à l'ALSH.

	Nom	Prénom	Qualité
1			
2			
3			
4			
5			

L'enfant ou jeune peut repartir seul à partir de 16h30 :

OUI

NON

INSCRIPTION, FACTURATION, DOCUMENTS

Les tarifs de l'ALSH sont les suivants, une facture est envoyée à la fin de chaque mois, à régler au trésor public.

	QF < 600	601 < QF < 1000	1001 < QF < 1500	1501 < QF < 2000	2001 < QF
Journée sans repas	12,50 €	14,50 €	16,50€	18,50 €	20,00 €

Il est impératif de joindre:

- **Attestation de réussite au test d'aisance aquatique (uniquement pour activité nautique).**
- **Le justificatif coefficient CAF.**
- **La fiche sanitaire.**
- **Une attestation d'assurance individuelle.**
- **L'engagement de prise connaissance du règlement intérieur.**

Fait à:

Le: