



Pièces obligatoires :

- Photo
- N° Sécurité Sociale
- Attestation Assurance Resp. Civile
- N° CAF ou MSA
- Carnet Vaccinations
- Avis Imposition
- Règlement Intérieur signé

PHOTO
OBLIGATOIRE

ALSH

(DOSSIER VALABLE DU 1^{ER} JUILLET 2019 AU 30 JUIN 2020)

ENFANT - NOM : **PRENOM :**

Né(e) le : / / à : Age : Sexe : Poids : kg

Ecole fréquentée en **septembre 2019** : Classe :

En cas de séparation, domiciliation de l'enfant : Père Mère Tuteur Autre

RESPONSABLE DE L'ENFANT : Père & Mère Tuteur Autre

Nom et prénom du père :

Adresse du père :

Code Postal : **Ville :**



Mail :

Employeur : 

Profession :

C.S.P. : Agriculteur Artisan, commerçant, chef d'entreprise
Cadre, prof. Intellectuelle Supérieure Profession intermédiaire
Employé Ouvrier Retraité Sans emploi

Nom et prénom de la mère :

Adresse de la mère :

Code Postal : **Ville :**



Mail :

Employeur : 

Profession :

C.S.P. : Agriculteur Artisan, commerçant, chef d'entreprise
Cadre, prof. Intellectuelle Supérieure Profession intermédiaire
Employé Ouvrier Retraité Sans emploi

RENSEIGNEMENTS ADMINISTRATIFS DE L'ENFANT :

N° Assuré Social : CPAM MSA Autre

Cie d'assurance Responsabilité Civile : **N° contrat :**

C.A.F. n° **Département :** (*obligatoire même si vous ne touchez pas de prestations*)

PERSONNE(S) AUTORISEE(S)

Je soussigné(e) _____

A U T O R I S E : M _____
 M _____
 M _____
 M _____
 M _____

Lien : _____
 Lien : _____
 Lien : _____
 Lien : _____
 Lien : _____

à récupérer mon enfant régulièrement à partir de **17h30 l'été - 17h00 l'hiver** et avant **18h15** à l'accueil de Loisirs.

● J'autorise mon enfant à rentrer seul le soir : OUI NON (*uniquement à partir de 10 ans*)

EN MON ABSENCE, LA PERSONNE A PREVENIR EN CAS D'URGENCE :

Nom : Prénom : Lien de parenté :

 Ou  :  Bureau :

Je soussigné

responsable légal **de l'enfant** :

- Déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche.
- Autorise la Responsable de l'Accueil de Loisirs, à prendre le cas échéant, toutes mesures rendues nécessaires par l'état de l'enfant (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) et, en cas de fièvre supérieure à 38.5°, à administrer 1 dose de PARACETAMOL en fonction de son poids.
- Autorise mon enfant à pratiquer les activités sportives et sorties proposées par l'ALSH.
- Accepte, après en avoir pris connaissance, le Règlement Intérieur ci-joint.

Fait à Cavillon le :/...../ 2019-2020

Signature du responsable légal de l'enfant

INSCRIPTIONS ALSH ETE 2019

(Indiquer d'une croix, les périodes choisies)

<input type="checkbox"/> DU 08 AU 12 JUILLET (ECOLE DES RATACANS)	<input type="checkbox"/> DU 5 AU 09 AOUT (ECOLE DES RATACANS)
<input type="checkbox"/> DU 15 AU 19 JUILLET (ECOLE DES RATACANS)	<input type="checkbox"/> DU 12 AU 14 AOUT (ECOLE DES RATACANS) <small>(FERMÉ LE 15 (FÉRIÉ) ET LE 16)</small>
<input type="checkbox"/> DU 22 AU 26 JUILLET (ECOLE DES RATACANS)	<input type="checkbox"/> DU 19 AU 23 AOUT (ECOLE DES RATACANS)
<input type="checkbox"/> DU 29 JUILLET AU 2 AOUT (ECOLE DES RATACANS)	<input type="checkbox"/> DU 26 AU 30 AOUT (CENTRE KENNEDY)

Réouverture le 11 Septembre