



FICHE D'INSCRIPTION – ACCUEIL DE LOISIRS JEUNES 12 > 15 ans

Jeune : Masculin Féminin

Nom : _____ Prénom : _____

Date de naissance : ____/____/____ Adresse mail : _____

Responsable légal : père mère famille d'accueil autre

Nom : _____ Prénom : _____

Adresse : _____

Code postal : _____ Ville : _____

N° de téléphone portable : _____

Adresse mail : _____@_____

N° allocataire CAF : _____ N° allocataire MSA : _____

(Fournir attestation MSA de Quotient Familial)

Si vous n'êtes pas allocataire, merci de préciser :

Mère : Nom et adresse de votre employeur : _____

Père : Nom et adresse de votre employeur : _____

N° de sécurité sociale : _____

Horaires et lieu de travail :

Mère : _____ N° tél : _____

Père : _____ N° tél : _____



INSCRIPTIONS : 2 jours minimum par semaine / possibilité de s'inscrire d'une semaine à l'autre au plus tard le vendredi avant 10h (auprès de l'animateur ou de la Communauté de Communes).

Lundi 9/07	Mardi 10/07	Mercredi 11/07	Jeudi 12/07	Vendredi 13/07
Lundi 16/07	Mardi 17/07	Mercredi 18/07	Jeudi 19/07	Vendredi 20/07
Lundi 23/07	Mardi 24/07	Mercredi 25/07	Jeudi 26/07	Vendredi 27/07
Lundi 30/07	Mardi 31/07	Mercredi 01/08	Jeudi 02/08	Vendredi 03/08

Pour les activités piscine :

Sais nager : oui non

Possède un brevet de 25 mètres : oui non

Renseignements sanitaires de l'enfant

Nom du médecin traitant : _____ Tél : _____

Votre enfant est-il à jour de ses vaccinations : oui non (*Fournir copie des vaccinations*)

Autres renseignements importants

Allergie : oui non si oui, lesquelles : _____

Intolérance alimentaire : oui non Si oui, lesquelles : _____

Autres : _____

Régime alimentaire particulier : _____

Nota : En cas de traitement médical à donner à l'enfant, merci de fournir l'ordonnance





Divers

Je soussigné(e), _____ responsable de l'enfant _____

	OUI	NON
Atteste l'exactitude des renseignements fournis sur la présente fiche (recto / verso).		
Autorise l'équipe d'animation à prendre sous couvert médical, toutes mesures rendues nécessaires par l'état de mon enfant (transport, hospitalisation).		
Autorise l'équipe d'animation à photographier ou filmer mon enfant au cours de son séjour, et utiliser ces documents pour expositions, site internet ou tout autre document relatif aux activités de la CCPG.		
Accepte de recevoir des informations concernant le service Enfance Jeunesse, et autres services de la CCPG, sur mon adresse mail communiquée ci-dessus.		
Reconnait avoir pris connaissance du règlement intérieur au moment de l'inscription.		
Autorise mon enfant à être véhiculé en minibus, ou par car lors des sorties ou déplacements organisés par l'ALSH.		
Autorise mon enfant à quitter seul la structure à l'issue de la journée. Si non, nom et prénom de la personne habilitée à venir le chercher : _____		

Avec les soutiens financiers de :



Date et signature :