



FICHE D'INSCRIPTION 2023/2024

(valable du 10 Juillet 2023 au 5 Juillet 2024)

ACCUEIL DE LOISIRS - FRANCAS LOISIRS GAILLAC

Tel Clavelle-Vendome : 09.67.65.28.72/06.32.24.29.80

Tel Louise Michel : 06.82.87.83.32

Mel Clavelle-Vendome : francasgaillac@yahoo.fr

Mel Louise Michel : claelouisemichel@orange.fr

(merci de bien vouloir remplir **toutes les mentions de la fiche recto/verso**)

ENFANT

NOM :	<input type="text"/>	PRENOM :	<input type="text"/>
Né(e) le :	<input type="text"/>	Garçon <input type="checkbox"/>	Fille <input type="checkbox"/>
Ecole :		Classe (2023/2024) :	
<u>Frères et sœurs :</u>			
Nom :	Prénom :	Ecole :	Classe :
Nom :	Prénom :	Ecole :	Classe :
Nom :	Prénom :	Ecole :	Classe :

RESPONSABLES

<u>PARENT 1 :</u>		<u>PARENT 2 :</u>	
Nom :	Prénom :	Nom :	Prénom :
Tel.Fixe :		Tel.Fixe :	
Tel.Port :		Tel.Port :	
Adresse :		Adresse :	
Code Postal :	Ville :	Code Postal :	Ville :
Mail :		Mail :	
Profession :		Profession :	
Nom, Adresse, Tel Employeur :		Nom, Adresse, Tel Employeur :	

AUTRE RESPONSABLE LEGAL

Nom :	Prénom :	Tel.Fixe :	Tel.Port :
Adresse :		Code Postal :	Ville :
Mail :			
Profession :			
Nom, Adresse, Tel Employeur :			

ALLOCATIONS FAMILIALES

Nom de l'allocataire :	<input type="text"/>		
Régime :	CAF <input type="checkbox"/>	N°:	
	MSA <input type="checkbox"/>	N°:	Joindre obligatoirement le pass MSA
	Autre (précisez) :		Joindre obligatoirement le ou les dernier(s) avis d'imposition du foyer

ASSURANCE (Fournir une copie de l'attestation d'assurance)

Nom de la compagnie :	<input type="text"/>
Numéro de police :	<input type="text"/>

⇒ [T.S.V.P](#)

FICHE SANITAIRE DE LIAISON

ACCUEIL DE LOISIRS - FRANCAS LOISIRS GAILLAC

VACCINATIONS (Fournir une copie du carnet de vaccination)

MEDECIN TRAITANT

Diphtérie-Tétanos-Polio (obligatoire)

Nom :

Date du dernier rappel :

Téléphone :

RENSEIGNEMENTS COMPLEMENTAIRES

Allergies, régime alimentaire, asthme, etc :

Notification MDA/MDPH :

SECURITE SOCIALE

N° de Sécurité Sociale qui couvre l'enfant :

AUTORISATIONS

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

Autorise le responsable de l'accueil à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, anesthésie, intervention chirurgicale...) rendues nécessaires par l'état de l'enfant.

Lieu d'évacuation souhaité en cas de besoin :

Autorise l'équipe d'animation à photographier ou filmer mon enfant dans le cadre des activités de l'accueil :

Oui Non

Autorise mon enfant à participer aux sorties du centre de loisirs Oui Non

Autorise mon enfant à partir seul du Centre de Loisirs :

Le Mercredi ou les vacances : Oui Non Si oui, à quelle heure :

Pour l'ALAE en période scolaire : Oui Non Si oui, à quelle heure :

Après les NAP : Oui Non

Autorise les personnes suivantes à venir chercher mon enfant :

Nom/Prénom

Lien de parenté

N°Téléphone

Date :

Signature :