

L'enfant :

Nom : Prénom :

Date de naissance : / / Garçon Fille

Etablissement scolaire fréquenté :

Responsables légaux de l'enfant : Père Mère Tuteur

Nom(s) :

Nb d'adultes composant le foyer : Nb d'enfants à charge

Adresse:

Code Postal : Ville :

Tél. (s) des responsables légaux (préciser nom et lien avec l'enfant)

..... /

..... /

Email : @

Numéro d'allocataire CAF : AEEH/PCH¹ oui non
 ou Numéro d'allocataire MSA :

Numéro de sécurité sociale :

A remplir par Leo Lagrange

QF : € Tarif : Ext. Non Ext.

Nombre d'enfants de la famille inscrits à l'ALSH 1^{er} 2^{ème} 3^{ème} et +

Vous devez nous fournir à l'inscription un justificatif de votre Quotient Familial CAF ou votre dernier avis d'imposition + relevé des prestations familiales. Sans justification, le tarif plein sera appliqué

Les personnes autorisées à venir chercher votre enfant sont :

(une pièce d'identité sera demandée) :

..... Tél :

..... Tél :

J'autorise mon enfant à partir seul (à partir de 6 ans) : Oui Non
(Modalités à préciser à l'inscription)

INFORMATION

L'association Léo Lagrange Ouest est assurée à la MAIF. Nous vous conseillons toutefois de souscrire un contrat d'assurance couvrant les dommages corporels auxquels votre enfant peut être exposé

Renseignements sanitaires :

Fournir obligatoirement une photocopie du carnet de vaccination
(Rappel des vaccins obligatoires en accueil collectif de mineurs : Diphtérie, Tétanos, Poliomyélite)

▪ L'enfant présente-t-il des troubles de santé ? oui non

Si oui, lesquels.....

.....

.....

Si oui, l'enfant fait-il l'objet d'un PAI ? *(protocole d'accueil individualisé)* oui non

Veillez joindre une copie du PAI.

sinon, en cas de trouble de santé identifié, prendre contact avec le/la responsable

▪ Autres recommandations des parents

.....

.....

.....

▪ Si votre enfant **suit un traitement médical**, joindre une **ordonnance récente** et les **médicaments** correspondants (dans leur emballage d'origine + notice, marqués au nom de l'enfant)

Nom et tél. du Médecin traitant :

AUTORISATIONS

- j'autorise que mon enfant soit pris en **photos (et/ou vidéos)** dans le cadre de l'accueil de loisirs. Celles-ci pourront être utilisées, diffusées et reproduites par Leo Lagrange Ouest (magazine, internet...) et ses partenaires (mairie, intercommunalité...).

Oui, j'accepte **Non, je refuse**

-je certifie avoir pris connaissance des modalités de fonctionnement ainsi que du règlement intérieur de l'accueil de loisirs.

- je m'engage à payer l'intégralité des frais de l'accueil de loisirs dès réception de la facture.

-j'autorise la direction à prendre, le cas échéant, toutes mesures rendues nécessaires par l'état de santé de l'enfant. (médecin, hospitalisation, ...)

- j'atteste l'exactitude des renseignements portés sur ce document.

- je m'engage à faire connaître à l'organisateur toutes modifications éventuelles.

Nom & Prénom :

Fait à

Signature

Le:

¹ AEEH = Allocation d'Education Enfant Handicapé / PCH = Prestation de Compensation du Handicap