



Périodes	
Vacances Automne	<input type="checkbox"/>
Vacances Hiver	<input type="checkbox"/>
Vacances Printemps	<input type="checkbox"/>
Vacances Été Juillet	<input type="checkbox"/>
Vacances Été Août	<input type="checkbox"/>

	3-6 ans	6-11 ans	Garderie	
			Matin	Soir
Semaine 1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Semaine 2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Semaine 3	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Nom et prénom de l'enfant :
 Né(e) le : A :
 Classe fréquentée : Pointure :

Responsable légal

Madame, Mademoiselle, Monsieur
 Adresse :
 Code Postal : Ville : Téléphone :
 Mode de garde : Parents - Tuteur - Assistante Maternelle (barrer les mentions inutiles)
 Situation familiale : Marié - Veuf - Célibataire - Divorcé - Concubinage - Pacsé (barrer les mentions inutiles)
 N° de sécurité sociale : N° allocataire obligatoire :
 Souhaitez-vous obtenir une attestation de présence en fin de centre ? oui non

Profession des parents

Nom et N° de téléphone de l'employeur (pour appel en cas d'urgence)

Père :
 Mère :

Déplacement de l'enfant

Bus du matin : oui – non / Bus du soir : oui – non : Autorisation de partir seul : oui – non
 Nom et n° de téléphone de la personne habilitée à reprendre l'enfant à l'arrêt du bus ou au centre :
 Secteur : St Paul - St Jean - Fosse IV - République - Montaigne - Autre : préciser.....
 Pour le transport : confirmation obligatoire du transport à l'inscription (matin et/ou soir) pour éviter toute confusion ou attente inutile pour le personnel et/ou les parents. Pas de dérogation en cours de semaine.

Informations médicales

Médecin : Téléphone : Mutuelle : oui - non
 CMU : oui - non. Si oui, joindre à l'inscription une photocopie de la prise en charge.
 Hôpital où vous souhaitez que votre enfant soit admis, si nécessaire :
 Votre enfant a-t-il un régime alimentaire particulier ?
 Ne mange pas de porc Ne mange pas de viande Allergies alimentaires
 Autres Précisez :

Je soussigné(e)
 Responsable légal de l'enfant :
 Déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise le responsable du séjour à prendre, le cas échéant, toutes les mesures (traitements médicaux, hospitalisation...) rendues nécessaires par l'état de mon enfant et me conforme à la réglementation du transport.
 Autorise mon enfant à participer à l'ensemble des activités ainsi que toute prise de vue de mon enfant, pour publication, dans la cadre de la valorisation des animations auxquelles il aurait participé, durant les sessions.
 Atteste que mon enfant ne présente aucune contre-indication connue pour la pratique des activités physiques et sportives en accueil collectif de mineurs
 Atteste avoir pris connaissance du règlement intérieur des Accueils Collectifs de Mineurs

Fait à :
 Le
 Signature du père – de la mère - du tuteur (trice)

CADRE RESERVÉ AU SERVICE JEUNESSE

N° allocataire CAF (obligatoire si ATL) :

Aide aux Temps Libres 2016 : OUI NON

Revenus > 18 000€ :

Revenus < 18 000€

Somme réglée :

Somme due :

Observations :

Pièces fournies : Fiche Sanitaire copie des vaccinations certificat médical

Attestation Assurances CMU ATL Autres :