



**SERVICE JEUNESSE - 03.21.74.94.81**  
**CENTRE ANIMATION JEUNESSE 06.19.83.57.32**

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

**Responsable légal**

**Madame, Mademoiselle, Monsieur** .....  
**Adresse** : .....  
**Code Postal** : ..... **Ville** : ..... **Téléphone** : .....  
**Secteur** :  St Paul -  St Jean -  Fosse IV -  République -  Montaigne -  Autres : .....  
**Mode de garde** : Parents - Tuteur - Assistante Maternelle (barrer les mentions inutiles)  
**Situation familiale** : Marié - Célibataire - Divorcé - Concubinage (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 du chef de famille et/ou du conjoint**  
(pour appel en cas d'urgence)

Père : ..... Mère : .....

**Déplacement de l'enfant**

Utilisation de la navette :  Matin  Midi  Après midi  Soir  
**Arrêt** :  St Paul -  St Jean -  Fosse IV -  République -  Rousseau -  Autres : .....  
**Pour le transport** : confirmation obligatoire du transport à l'inscription pour éviter toute confusion ou attente inutile pour le personnel et/ou les parents.

**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  Préciser.....

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.  
 Autorise mon enfant à quitter seul le CAJ à tout moment de la journée.  
 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

N° carte Atout Loisirs

Fait à :

Le

Signature du père – de la mère - du tuteur (trice)

**CADRE RESERVÉ AU SERVICE JEUNESSE**

N° allocataire CAF :

Aide aux Temps Libres 2016 (obligatoire si ATL) :  OUI  NON

**Revenus > 18 000€ :**

**Revenus < 18 000€ :**

Somme réglée :

Somme due :

Observations/ Pièces manquantes :