

Documents à fournir :

- Cette **fiche d'inscription** annuelle complétée ;
- La **fiche sanitaire de liaison** indiquant les antécédents médicaux ou chirurgicaux de l'enfant ou tout autre élément d'ordre médical considéré par les parents ou le responsable légal du mineur comme susceptible d'avoir des répercussions sur le déroulement du séjour
- Une **attestation du Quotient Familial** (Si résident de Meucon, quotient inférieur à 1200 et souhaitant fréquenter l'ALSH)
- Le **règlement intérieur** signé.

L'ENFANT

NOM :
PRENOM :
DATE DE NAISSANCE :/...../..... AGE :ans

RESPONSABLE(S) LEGAL(AUX)

Cocher la case correspondante Père Mère Tuteur légal

Monsieur :
Demeurant (adresse):.....
CP :Ville :
Téléphone domicile :
Téléphone portable :
Téléphone travail :
Email :

Madame :
Demeurant (adresse):.....
CP :Ville :
Téléphone domicile :
Téléphone portable :
Téléphone travail :
Email :

- Bénéficiaire des bons CAF : oui non Si oui, N° allocataire :
- Bénéficiaire MSA: oui non Si oui, N° allocataire :
- Quotient familial :

AUTORISATIONS PARENTALES

Je soussigné(e) Madame, Monsieur.....

Père

Mère

Tuteur légal

INSCRIT mon enfant à participer aux TAP comme suivant : *cocher la case en fonction de sa participation aux TAP. Si la case n'est pas cochée, l'enfant ne participera pas aux TAP des jours mentionnés.*

Mon enfant est en maternelle et fréquentera les TAP à l'école maternelle

Lundi 15h30 à 16h30

Le jeudi 15h30 à 16h30

Vendredi 15h30 à 16h30

Mon enfant ne fréquentera pas les TAP

ET J'AUTORISE l'accueil de loisirs de Meucon à :

-Ce que mon enfant participe aux activités sportives et culturelles proposées.

-Présenter mon enfant au médecin désigné ou si celui-ci était indisponible à tout autre médecin.

-A prendre toutes les dispositions jugées utiles en cas d'accident ou de maladie, pour faire soigner mon enfant, à faire hospitaliser mon enfant en cas d'urgences.

-Photographier mon enfant dans le cadre des activités du centre et en autorise la parution

Fait à....., le

Signature du ou des responsables légaux

URGENCES MEDICALES

Médecin traitant :.....Tel :.....

En cas d'urgences, je demande à contacter prioritairement : Père Mère Tuteur légal

Si nous ne parvenons pas à vous joindre, vous souhaitez que nous prévenions :

	NOM- PRENOM	N° téléphone	Lien avec l'enfant
1		Portable :.....	
2		Portable :.....	
3		Portable :.....	

AUTORISATION DE SORTIE

Je soussigné(e) Madame, Monsieur (nom des parents).....

Autorise à venir chercher mon enfant en cas de retard ou d'indisponibilités.

	NOM- PRENOM	Adresse	CP- Ville	N° téléphone	Lien avec l'enfant
1					
2					
3					

J'autorise mon enfant à rentrer seul après les TAP ou l'accueil de loisirs

Je n'autorise pas mon enfant à rentrer seul après les TAP et/ou l'accueil de loisirs

Fait à....., le

Signature du ou des responsables légaux