



# Document d'inscription annuel :

## ACCUEIL DE LOISIRS

### Année 2018-2019



#### 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 (copie Vaccin si besoin)
- Une **attestation du Quotient Familial** (Si résident de Meucon/Locmaria Grand-Champ, quotient inférieur à 1200)
- 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 : .....

**Accueil de loisirs de Meucon / Locmaria Grand-Champ**

Rue du Stade 56890 Meucon  
02 97 43 74 81 – alsh.meucon@lespep56.com

## AUTORISATIONS PARENTALES

Je soussigné(e) Madame, Monsieur.....

Père

Mère

Tuteur légal

J'AUTORISE l'accueil de loisirs de Meucon / Locmaria Grand-Champ 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.

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 l'accueil de loisirs

**Je n'autorise pas mon enfant à rentrer seul** après l'accueil de loisirs

Fait à....., le ..... Signature du ou des responsables légaux