



Inscription
ALSH
PERISCOLAIRE
CANTINE
FORMULAIRE DE RENSEIGNEMENTS
Année scolaire 2024/2025

☐ **ALSH**

☐ **PERISCOLAIRE**

☐ **CANTINE**

Nom de l'enfant : Prénom : Classe :

Date de naissance : Lieu de naissance : Sexe : F ☐ M ☐

Assurance : N° contrat :

Médecin traitant : Tél : Protocole d'Accueil Individualisé: OUI ☐ NON ☐

Autorisation d'intervention médicale OUI ☐ NON ☐

N° allocataire CAF

Autorisation d'accès à CAF PRO :

(site de la CAF permettant d'obtenir directement votre quotient familial) OUI ☐ NON ☐

Régime d'assurance maladie de l'enfant : ☐CPAM ☐MSA ☐RSI ☐AUTRE (préciser).....

Père :

Responsable Légal : OUI ☐ NON ☐

Nom : Prénom :

Adresse :

Date de naissance :

Téléphone(s) : Domicile : Portable : Professionnel :

Mél :

Profession : Employeur :

Situation familiale : célibataire ☐ marié ☐ séparé/divorcé ☐ vie maritale ☐ veuf ☐ pacsé ☐

Destinataire de la facture : OUI ☐ NON ☐

Mère :

Responsable Légal : OUI ☐ NON ☐

Nom : Prénom :

Adresse :

Date de naissance :

Téléphone(s) : Domicile : Portable : Professionnel :

Mél :

Profession : Employeur :

Situation familiale : célibataire ☐ mariée ☐ séparée/divorcée ☐ vie maritale ☐ veuve ☐ pacsée ☐

Destinataire de la facture : OUI ☐ NON ☐

Autre personne que les parents :

Responsable Légal : OUI ☐ NON ☐

Nom : Prénom :

Adresse :
.....

Lien de parenté ou autre

Téléphone(s) : Domicile : Portable : Professionnel :

Mél :

Profession : Employeur :

Destinataire de la facture : OUI ☐ NON ☐

**AUTRES PERSONNES AUTORISEES A VENIR CHERCHER L'ENFANT
OU A PREVENIR EN CAS D'ACCIDENT**

1-

Nom : Prénom :

Adresse :
.....

Lien de parenté ou autre

Téléphone(s) : Domicile : Portable : Professionnel :

Mél :

2-

Nom : Prénom :

Adresse :
.....

Lien de parenté ou autre

Téléphone(s) : Domicile : Portable : Professionnel :

Mél :

Autorisation de rentrer seul(e) : OUI ☐ NON ☐

Autorisation de filmer ou photographier l'enfant : OUI ☐ NON ☐

Autorisation de transport en véhicule de l'enfant : (minibus ou bus): OUI ☐ NON ☐

OU véhicule de l'animatrice : OUI ☐ NON ☐

L'enfant nage-t-il ? : OUI ☐ NON ☐

Informations complémentaires concernant votre enfant :
.....

Je soussigné(e).....déclare exacts les renseignements notifiés ci-dessus. Je déclare, avoir pris connaissance des conditions particulières et générales du règlement intérieur de l'accueil périscolaire, de l'ALSH et de la cantine et les accepter.

Fait le :

Signature