Inscription
ALSH
PERISCOLAIRE
CANTINE
FORMULAIRE DE RENSEIGNEMENTS
Année scolaire 2025/2026

☐ **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 ☐

T.S.V.P.

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