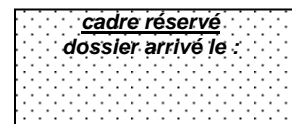


**DOSSIER A REMETTRE :**  
AU RESPONSABLE DES STRUCTURES  
05 57 70 79 31 3/6 ANS CASSY  
05 57 70 70 63 6/12 ANS CASSY  
05 56 82 37 67 3/12 ANS BLAGON  
05 56 03 31 28 Ados



## ANNEE SCOLAIRE 2009-2010 ACCUEILS DE LOISIRS

3/6 ans CASSY                       6/12 ans CASSY   
3/12 ans BLAGON                       Ados

---

### **Enfant / Jeune :**

Nom : ..... Prénom : .....  
Date de naissance : ..... Lieu de naissance : .....  
Classe : ..... Ecole / Etablissement : .....

---

### **Représentants légaux :**

#### Père (ou tuteur)

Nom : .....  
Prénom : .....  
Adresse : .....  
.....  
.....

#### Mère

Nom : .....  
Prénom : .....  
Adresse (si différente) : .....  
.....  
.....

#### Téléphones

Domicile : .....  
Bureau : .....  
Portable : .....  
courriel : .....

#### Téléphones

Domicile : .....  
Bureau : .....  
Portable : .....  
courriel : .....

Activité professionnelle : .....  
Lieu d'activité : .....

Activité professionnelle : .....  
Lieu d'activité : .....

---

### **Renseignements :**

N° Sécurité Sociale : \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

N° CAF : .....

Nombre d'enfant à charge : .....

Situation familiale : .....

Régime : .....

#### Médecin traitant :

Nom : .....

Prénom : .....

Adresse : .....

Téléphone : .....

---

### **Facturation :**

Nom : .....

Prénom : .....

Adresse : .....



**Indiquez ci-après :**

Les difficultés de santé (maladie, accident, crises convulsives, hospitalisation, opération, rééducation) en précisant les dates et les précautions à prendre :

.....  
.....  
.....  
.....  
.....

Recommandations utiles des parents :

(L'enfant porte-t-il des lunettes, lentilles, prothèses auditives, prothèses dentaires...)

.....  
.....  
.....  
.....

Observations :

.....  
.....  
.....  
.....  
.....

Votre enfant fait-il l'objet d'un Protocole d'Accueil Individualisé (PAI) dans le cadre de l'école ?      oui       non

(Prévoir un double pour l'accueil)

Votre enfant est-il malade en bus ?    oui       non

(Prévoir un traitement avec ordonnance)

# AUTORISATION PARENTALE

Je soussigné(e), Nom : ..... Prénom : .....  
responsable légal(e) de l'enfant / du jeune,.....

- déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise le responsable de la structure d'accueil ou de l'activité à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de l'enfant.
- autorise, en accord avec le père\*, la mère\* de l'enfant (dans le cas d'une séparation) la prise de vue et l'utilisation de la photo ou vidéo de mon enfant (presse locale, site municipal...)
- atteste avoir pris connaissance du règlement intérieur
- autorise mon enfant à quitter seul l'accueil de loisirs à la fin de l'activité hors horaires définis.
- autorise mon enfant à prendre le bus de ramassage :  
nom de l'arrêt :
- l'autorise à partir seul de l'arrêt.
- n'autorise aucune personne à récupérer mon enfant.
- autorise les personnes suivantes à récupérer mon enfant :  
(une pièce d'identité sera demandée par le responsable de l'activité)

Nom : ..... Prénom : .....

Lien de parenté (ou autre) : .....

Téléphone : ..... ou : .....

Nom : ..... Prénom : .....

Lien de parenté (ou autre) : .....

Téléphone : ..... ou : .....

Nom : ..... Prénom : .....

Lien de parenté (ou autre) : .....

Téléphone : ..... ou : .....

Nom : ..... Prénom : .....

Lien de parenté (ou autre) : .....

Téléphone : ..... ou : .....

**Nombre de croix cochées**

Date : .....

Signature :

## Cadre réservé à l'administration

Avis imposition des parents

Père		Mère	
------	--	------	--

Attestation assurance extrascolaire

Attestations employeur des parents

Père		Mère	
------	--	------	--

Attestation sécurité sociale

Certificat médical d'aptitude aux Activités Physiques et Sportives (+ de 6 ans)

Quotient familial 2009: .....

Quotient familial 2010: .....



# ACCUEILS DE LOISIRS 3/6 ANS

Je soussigné(e),..... responsable légal(e) de l'enfant.....  
en classe de..... l'autorise à participer aux activités municipales suivantes :

## ACCUEIL PERISCOLAIRE

I N S C R I P T I O N				
	Lundi	Mardi	Jeudi	Vendredi
Matin (précisez les horaires)	>9h00	>9h00	>9h00	>9h00
Soir (précisez les horaires)	16h30>	16h30>	16h30>	16h30>

Joindre votre (vos) planning(s) de travail en cas de changements fréquents.

## ACCUEIL DE LOISIRS SANS HEBERGEMENT

**Cocher uniquement la (les) case(s) correspondant au(x) service(s) que l'enfant utilise.**  
**Toute inscription en cours d'année sera prise en compte dans la limite des places disponibles**

P R É - I N S C R I P T I O N						
<b>ATTENTION</b> : Les renseignements demandés ci-dessous le sont à titre informatif et <b>NE CONSTITUENT AUCUNEMENT UNE INSCRIPTION DEFINITIVE AUX ACTIVITES</b> . Il est nécessaire de prendre contact avec notre accueil pour valider la place de votre enfant à l'activité et à la période de son choix.						
	Mercredis	Petites vacances			Grandes vacances	
		Toussaint	Hiver	Pâques	Juillet	Août
Demi-journée avec repas (précisez les horaires)						
Journée avec repas (précisez les horaires)						

Joindre votre (vos) planning(s) de travail en cas de changements fréquents.

Date : .....

Signature :



# ACCUEILS DE LOISIRS 6/12 ANS

Je soussigné(e)..... responsable légal(e) de l'enfant.....  
en classe de..... l'autorise à participer aux activités municipales suivantes :

## ACCUEIL PERISCOLAIRE

I N S C R I P T I O N				
	Lundi	Mardi	Jeudi	Vendredi
<i>Matin (précisez les horaires)</i>	>9h00	>9h00	>9h00	>9h00
<i>Soir (précisez les horaires)</i>	16h30>	16h30>	16h30>	16h30>

Joindre votre (vos) planning(s) de travail en cas de changements fréquents.

## ACCUEIL DE LOISIRS SANS HEBERGEMENT

**Cocher uniquement la (les) case(s) correspondant au(x) service(s) que l'enfant utilise.**  
**Toute inscription en cours d'année sera prise en compte dans la limite des places disponibles**

P R É - I N S C R I P T I O N						
<b>ATTENTION</b> : Les renseignements demandés ci-dessous le sont à titre informatif et <b>NE CONSTITUENT AUCUNEMENT UNE INSCRIPTION DEFINITIVE AUX ACTIVITES</b> . Il est nécessaire de prendre contact avec notre accueil pour valider la place de votre enfant à l'activité et à la période de son choix.						
	Mercredis	Petites vacances			Grandes vacances	
		Toussaint	Hiver	Pâques	Juillet	Août
<i>Demi-journée avec repas (précisez les horaires)</i>						
<i>Journée avec repas (précisez les horaires)</i>						

Joindre votre (vos) planning(s) de travail en cas de changements fréquents.

## ECOLE MULTISPORTS

- Je souhaite être informé des activités afin de pouvoir inscrire mon enfant suivant le planning

## PARCOURS ARTISTIQUE

- Je souhaite être informé des activités afin de pouvoir inscrire mon enfant suivant le planning

## SEJOURS ET MINI CAMPS

- Je souhaite être informé des activités afin de pouvoir inscrire mon enfant suivant le planning

Date : .....

Signature :