DOSSIER D'INSCRIPTION

Accueil de loisirs du mercredi

Période du 8 Septembre au 13 octobre 2021

ENFANT

NOM DE L'ENFANT : **PRENOM :**

Date de naissance : ____/____/_____ Lieu de naissance :----------

Age : ..... ans Sexe : ☐ F ☐ M

Classe fréquentée : ----------

RESPONSABLE(S) DE L'ENFANT

Nom : ----------

Prénom : ----------

☐ Père ☐ Mère ☐ Responsable Légal

Adresse : ----------

☎ ----------

📱 ----------

_____ @ _____

Nom : ----------

Prénom : ----------

☐ Père ☐ Mère ☐ Responsable Légal

Adresse : ----------

☎ ----------

📱 ----------

_____ @ _____

Situation familiale : ☐ Marié/Pacsé ☐Divorcé ☐ Union libre ☐Parent isolé ☐Célibataire

N° Allocataire Caf .....

PERIODE D'INSCRIPTION

ACCUEIL DE LOISIRS MECREDI			
	MATIN	RESTAURATION	APRES-MIDI
Mercredi 8 sept			
Mercredi 15 sept			
Mercredi 22 sept			
Mercredi 29 sept			
Mercredi 6 oct			
Mercredi 13 oct			

Votre enfant mange-t-il ? Du porc ☐ Oui ☐ Non
De la viande ☐ Oui ☐ Non

Personnes autorisées à venir chercher l'enfant et/ou à prévenir en cas d'urgence (autre que la personne citée ci-dessus):

Nom(s)	Prénom(s)	Lien(s) de parenté	Téléphone(s)

AUTORISATIONS DIVERSES

Autorisez-vous votre enfant à participer à l'ensemble des activités proposées par le centre ?

☐ **Oui** ☐ **non**

Autorisez-vous votre enfant à quitter seul l'accueil de loisirs après les activités **?**

☐ **Oui** ☐ **non**

Autorisez-vous l'organisateur de l'accueil de loisirs à utiliser l'image de mon enfant sur support photographique ou informatique exclusivement pour la présentation et l'illustration des activités d'accueil de loisirs. (Via la page Facebook et le site internet de la ville) ?

☐ **Oui** ☐ **non**

Autorisez-vous le responsable de l'accueil de loisirs à prendre, le cas échéant, toutes les mesures (traitements médicaux, hospitalisation, intervention chirurgicale), rendues nécessaires par l'état de mon enfant ?

☐ **Oui** ☐ **non**

OBSERVATIONS EVENTUELLES DES RESPONSABLES :

Complété à ---------- Le ...../...../.....

Signature des parents :