

Centre de loisirs éducatif Cocci-Malins

Fiche d'inscription et de renseignements

ENFANT

Fille Prénom Garçon Nom

Etabl. scolaire Classe Date et lieu de naissance

Code postal Commune Adresse domicile

Régime alimentaire de

l'enfant RESPONSABLE LEGAL DE L'ENFANT (précisez ci-dessous, en sélectionnant Parent 1 et 2) Situation familiale

NOM - PRENOM
Adresse
(si différente de l'enfant)
N° téléphone domicile
N° téléphone portable
Adresse mail
Profession
Employeur
N° téléphone professionnel

Régime allocataire CAF: n° allocataire (7 chiffres) **Quotient Familial** Fournir l'attestation de Quotient Familia

MSA: n° allocataire

Nb part **Quotient Familial**

Quotient Familial

A défaut Revenu Fiscal Référence

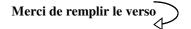
Fournir l'avis d'imposition

AUTORISATIONS

	Oui	Non
J'autorise le centre de loisirs éducatif à consulter mon dossier allocataire sur le site Internet de la Caisse		
d'Allocations Familiales afin de définir le tarif		
*Si vous refusez l'accès au service Consultation des Données Allocataires par les Partenaires , vous devez impérativement nous fournir votre attestation de quotient familial en cours de l'organisme qui verse les prestations familiales (CAF, MSA), à défaut votre dernier avis d'imposition. Sans la remise de ces documents, la tarification maximale vous sera attribuée.		
J'autorise mon enfant à partir seul.		
J'autorise le centre de loisirs éducatif à utiliser l'image de mon enfant sur support photographique ou		
informatique, pour la présentation et l'illustration des activités du centre à durée indéterminée.		
Une exploitation de ces photos et de ces vidéos est à but non commercial.		
J'autorise le responsable du centre de loisirs ou son représentant à prendre toutes mesures (traitement		
médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de mon enfant selon les		
prescriptions du corps médical. Le SAMU et les parents seront immédiatement contactés. Je m'engage à		
rembourser le montant de tous les frais engagés.		
J'autorise mon enfant à prendre le bus ou le minibus lors des sorties.		

Personnes autorisées à récupérer mon enfant (une pièce d'identité sera demandée) :

Lien de parenté Nom - Prénom Téléphone Liendeparenté Téléphone Nom - Prénom Téléphone Lien de parenté Nom - Prénom



1/2

N° de Sécurité Sociale de l'assuré(e)

N° de Sécurité Sociale de l'enfant

Nom de l'assurance EXTRASCOLAIRE

(joindre justificatif)

SANTE DE L'ENFANT

Vaccinations (joindre les d	copies des pages de	vaccinatio	ns du carn	et de santé d	de votre enfan	t ou des certific	ats de va	nccination)
Renseignements médica	ux de l'enfant								
L'enfant suit-il un traitem	ent médical ?	Oui	Non						
* Si oui, joindre une ordonr	nance récente et les	médicame	nts corresp	oondants (bo	îtes de médic	aments dans le	urs emba	ıllages d'o	rigine
marquées au nom de l'enfa	ant avec la notice).								
Aucu	ın médicament ne p	ourra être	pris sans	s ordonnand	ce datée et si	gnée du médeo	cin.		
Votre enfant est-il :	est-il: Asthmatique? Oui Non Allergique		jique ?	Oui Non					
Si oui, s'agit-il d'une allerç	gie médicamenteuse	?	Oui	Non	Alime	ntaire ?	Oui	Non	
Votre enfant est-il soumis	à un régime aliment	taire partic	ulier qui né	cessite la fo	urniture du rep	oas par vos soir	ns?	Oui	Non
Autres allergies									
Précisez la cause de l'a	llergie et la conduit	e à tenir (s	si automé	dication, le	signaler)				
Existe-t-il un P.A.I. à l'écc Si oui, j'autorise le respo		Non de loisirs à	à prendre	connaissar	nce du PAI ét	abli avec l'écc	ole	Oui	Non
Indiquez ci-après : Si votre enfant est en situation de handicap Oui				Votre enfant est-il bénéficiaire de l'AEEH ou en cours de diagnostic ? (Joindre la notification MDPH)				Oui	Non
→ Si ou	i, une rencontre av	ec l'équip	e de direc	tion doit êtr	e prévue ava	nt chaque accı	ueil.		
Les antécédents (maladie précautions à prendre :	e, accident, crises co	onvulsives,	hospitalis	ation, opérat	tion, rééducati	on) en précisar	nt les da	es et les	
Recommandations utiles Précisez si votre enfant po	-	ttes, des p	rothèses c	lentaires ou a	auditives, etc.				
Médecin traitant Cocher si pas de médecin traita Nom			ant Prénom			Téléphone			
Adresse				CP	CP Commune				
Je reconnais avoir pautorise que mon enfant loisirs.						-			
Je déclare exacts le	s renseignements p	oortés sur	cette fich	e. Tout dos	sier incomple	et ne sera pas a	accepté.		
Fait à	Date		Signa	ture					

N° de police