



# ACCUEIL DE LOISIRS

## Fiche d'inscription

<b>ENFANT</b>		
Nom :	Prénom :	
Né(e) le :	Age :	Sexe : M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>
Nationalité :		

<b>RESPONSABLE LEGAL</b>		
<b>Père :</b>		
Nom :	Prénom :	
Adresse :	Téléphone domicile (et portable) :	
CP :	Ville :	Courriel :
Profession du père :		
Employeur :		Téléphone :
<b>Mère : (si nom différent)</b>		
Nom :	Prénom :	
Adresse :	Téléphone domicile (et portable) :	
CP :	Ville :	Courriel :
CAF <input type="checkbox"/> MSA <input type="checkbox"/>	<b>N° Allocataire :</b>	
N° Sécurité Sociale :		
Profession de la mère :		
Employeur :		Téléphone :

<b>QUOTIENT FAMILIAL</b>	
Quotient Familial :	Tarif :

<b>COORDONNEES FAMILLE D'ACCUEIL :</b>		
Nom :	Prénom :	
Adresse :	Téléphone domicile (et portable) :	
CP :	Ville :	Courriel :

<b>INSCRIPTIONS</b> <i>Cocher la ou les cases correspondantes</i>	<b>MERCREDI</b>	<b>BUS</b>	<b>VACANCES</b>	<b>BUS</b>	<b>CAMPS</b>
	<input type="checkbox"/> REPAS	<input type="checkbox"/> MATIN	<input type="checkbox"/> MATIN	<input type="checkbox"/> MATIN	<input type="checkbox"/> 3 JOURS
	<input type="checkbox"/> APRES MIDI		<input type="checkbox"/> REPAS	<input type="checkbox"/> SOIR	<input type="checkbox"/> 5 JOURS
			<input type="checkbox"/> APRES MIDI		

<b>Aides Financières :</b>		
<b>MSA :</b>	oui non	si oui, joindre <b>obligatoirement</b> la feuille MSA
<b>CE (Nom de l'entreprise):</b>	oui non	joindre <b>obligatoirement</b> l'attestation de votre CE

- Pièces à joindre impérativement au dossier :**
- Fiche sanitaire
  - Assurance
  - Règlement Intérieur
  - Justificatif de domicile (téléphone ou électricité)
  - Dernier avis d'imposition
  - Autorisations

**Vous devez nous fournir votre n°C.A.F ou M.S.A, ainsi qu'une copie de votre dernier avis d'imposition.**  
**En l'absence de ces éléments, nous serons dans l'obligation de vous facturer le prix le plus élevé.**

**AUTORISATION DU RESPONSABLE DE L'ENFANT :**

J'autorise le(s) responsable(s) des différentes structures à faire soigner et à faire pratiquer toute intervention d'urgence.  
 Je certifie que les renseignements portés sur la présente fiche sont exacts et m'engage à signaler toute modification. Je reconnais avoir pris connaissance du règlement intérieur et m'engage à le respecter.

Fait à \_\_\_\_\_, le \_\_\_\_\_ Signature : \_\_\_\_\_

**Nous attirons votre attention sur le fait que tout dossier incomplet ne sera pas pris en compte.**

**Le dossier complet doit parvenir à :**

Accueil de Loisirs Ingrandes  
 5, rue des Ecoles 86220 Ingrandes Sur Vienne  
 Tel : 05 49 85 05 69  
 clshmableetvienne@free.fr

Accueil de Loisirs Dangé  
 5, rue de la Grenouillère 86220 Dangé Saint Romain  
 Tel : 05 79 61 00 01 - 06 74 61 92 56  
 centredeloisirsdange@orange.fr

**Réservé à l'administration**

N° CAF : OUI - NON  
 Avis imposition : OUI - NON  
 Fiche sanitaire : OUI - NON  
 Justificatif CE : OUI - NON  
 Autorisations : OUI - NON  
 Assurance : OUI - NON  
 Règlement signé : OUI - NON