



ACCUEIL DE LOISIRS

Fiche d'inscription

| | | | | | | |
|---|-------------------------|-------------------------------------|--------------------------------|--|--------------------------------|----------------------------------|
| ENFANT | | | | | | |
| Nom : | | Prénom : | | Sexe : M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> | | |
| Né(e) le : | | Age : | | | | |
| Nationalité : | | | | | | |
| RESPONSABLE LEGAL | | | | | | |
| Père : | | | | | | |
| Nom : | | Prénom : | | | | |
| Adresse : | | Téléphone domicile (et portable) : | | | | |
| CP : | Ville : | Courriel : | | | | |
| Profession du père : | | Téléphone : | | | | |
| Employeur : | | | | | | |
| Mère : (si nom différent) | | | | | | |
| Nom : | | Prénom : | | | | |
| Adresse : | | Téléphone domicile (et portable) : | | | | |
| CP : | Ville : | Courriel : | | | | |
| CAF <input type="checkbox"/> MSA <input type="checkbox"/> | N° Allocataire : | | | | | |
| N° Sécurité Sociale : | | | | | | |
| Profession de la mère : | | Téléphone : | | | | |
| Employeur : | | | | | | |
| QUOTIENT FAMILIAL | | | | | | |
| Quotient Familial : | | | | Tarif : | | |
| COORDONNEES FAMILLE D'ACCUEIL : | | | | | | |
| Nom : | | Prénom : | | | | |
| Adresse : | | Téléphone domicile (et portable) : | | | | |
| CP : | Ville : | Courriel : | | | | |
| INSCRIPTIONS | | MERCREDI | BUS | VACANCES | BUS | CAMPS |
| Cocher la ou les cases correspondantes | | <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 | | |
| Aides Financières : | | | | | | |
| MSA : | | oui | non | si oui, joindre obligatoirement la feuille MSA | | |
| CE (Nom de l'entreprise): | | oui | non | joindre obligatoirement 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 : 06 71 28 52 96
 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