



CENTRE DE LOISIRS VILLE D'UGINE 2018-2019

ENFANT

NOM : PRENOM : SEXE : M / F

DATE DE NAISSANCE : AGE :

ECOLE : CLASSE :

MERE

Autorité parentale : oui / non

PÈRE

Autorité parentale : oui / non

Nom et prénom :

Adresse :

.....

.....

Téléphone domicile :

Téléphone portable :

Téléphone professionnel :

Mail :

Nom et prénom :

Adresse :

.....

.....

Téléphone domicile :

Téléphone portable :

Téléphone professionnel :

Mail :

Autre responsable légal

Autorité parentale : oui / non

PIECES A FOURNIR

Nom et prénom :

Adresse :

.....

.....

Téléphone domicile :

Téléphone portable :

Téléphone professionnel :

> Attestation du quotient familial CAF
Savoie du mois en cours d'inscription

> Jugement de divorce ou de garde (page
fixant autorité parentale et résidence)

> Photocopies des pages de vaccination
de l'enfant

> Photocopie de l'attestation d'assurance
scolaire

AUTORISATIONS PARENTALES

Je soussigné(e).....responsable de l'enfant..... :

- autorise mon enfant à participer à l'ensemble des activités de l'accueil de loisirs du 1er septembre 2017 au 31 août 2018
- m'engage à prévenir le directeur de l'accueil de loisirs de toutes les maladies survenant à mon enfant pendant les périodes d'accueil
- Autorise / n'autorise pas l'accueil de loisirs à utiliser des photos de l'enfant prises dans le cadre des activités de loisirs pour les outils de communication.

L'inscription de l'enfant implique l'acceptation sans réserve du règlement intérieur du centre de loisirs.

Fait à Ugine, le / / 20__

Signature du responsable légal

Fiche sanitaire 2018-2019

ENFANT

NOM : PRENOM : SEXE : M / F

DATE DE NAISSANCE :

N° sécurité sociale qui couvre l'enfant :

ALLERGIES-BESOINS PARTICULIERS

Repas : avec viande

sans viande (*sans changement possible en cours d'année*)

Alimentaires : Médicaments :

Autres :

De quoi ai-je besoin pour être à l'aise ?

Qu'est ce que j'aime faire ?

Qu'est ce qui pourrait aider l'équipe à mieux s'occuper de moi ? :

LES PARENTS

N° domicile : __/__/__/__/__

N° portable Mère : __/__/__/__/__ N° travail Mère : __/__/__/__/__

N° portable Père : __/__/__/__/__ N° travail Père : __/__/__/__/__

Personnes ayant l'autorisation de prendre en charge l'enfant en
votre absence

NOM et Prénom : Tel : __/__/__/__/__

NOM et Prénom : Tel : __/__/__/__/__

AUTORISATIONS PARENTALES

Je soussigné(e) : responsable de l'enfant

- Autorise le directeur de l'ALSH ou ses adjoints à prendre le cas échéant toutes les mesures (hospitalisation, intervention médicale, traitements médicaux,..) rendues nécessaires par l'état de santé de mon enfant
- En cas de séparation ou divorce, j'autorise ou je n'autorise pas l'autre parent à récupérer l'enfant aux activités extrascolaires.

Fait à Ugine, le

Signature