

Documents à fournir en sus :

Justificatif de domicile	Carnet de santé
Livret de famille	Avis d'imposition
Assurance Responsabilité Civile	Attestation ou bons CAF
Règlement signé	Attestation ou bons MSA

N° dossier famille :

**Responsable**

Nom d'usage :  
Nom de famille :  
Prénom :  
Adresse :

 domicile :  
 mobile :  
 travail :  
 Mél. :

Sexe :  
Situation matrimoniale :  
Né(e) le                    à

Profession :  
Employeur :  
Type de contrat :  
Si CDD, formation, ....., date de fin :  
Attestation d'emploi fournie : oui  non

**Conjoint**




Nom d'usage :  
Nom de famille :  
Prénom :




 mobile :  
 travail :  
 Mél. :

Sexe :  
Situation matrimoniale :  
Né(e) le                    à

Profession :  
Employeur :  
Type de contrat :  
Si CDD, formation, ....., date de fin :  
Attestation d'emploi fournie : oui  non

**Contacts**

Nom - Prénom:  
 domicile :  
 travail :  
 mobile :  
Lien avec la famille (les enfants) :

Nom - Prénom:  
 domicile :  
 travail :  
 mobile :  
Lien avec la famille (les enfants) :

A prévenir en cas d'urgence :    Oui  Non   
Apte à récupérer l'(les) enfant(s) : Oui  Non

A prévenir en cas d'urgence :    Oui  Non   
Apte à récupérer l'(les) enfant(s) : Oui  Non

## ENFANTS

**Nom :**

**Prénoms :**

Date et lieu de naissance :

Lien de parenté avec le responsable :

Avec le conjoint :

**Etablissement scolaire :**

Restauration scolaire : Oui  Non  Abonnement : Lundi  Mardi  Jeudi  Vendredi

Garderie Périscolaire : Oui  Non

ALSH du mercredi : Oui  Non

ALSH des vacances : Oui  Non

Autorisé à participer aux sorties hors du Centre de loisirs Oui  Non

Autorisation de photographier l'enfant, d'utiliser les prises de vues Oui  Non

### INFORMATIONS MEDICALES

Groupe sanguin :

Ville du médecin :

Médecin traitant :

Téléphone :

Allergies médicalement reconnues : Oui  Non

Si oui lesquelles :

PAI : Oui  Non

Type de repas (si intolérance alimentaires, sans porc, ....) :

Vaccins à jour : Oui  Non

(Fournir le carnet de santé)

Recommandation des parents (lunettes...) :

Autorisation d'évacuer l'enfant : Oui  Non

**Nom :**

**Prénoms :**

Date et lieu de naissance :

Lien de parenté avec le responsable :

Avec le conjoint :

**Etablissement scolaire :**

Restauration scolaire : Oui  Non  Abonnement : Lundi  Mardi  Jeudi  Vendredi

Garderie Périscolaire : Oui  Non

ALSH du mercredi : Oui  Non

ALSH des vacances : Oui  Non

Autorisé à participer aux sorties hors du Centre de loisirs Oui  Non

Autorisation de photographier l'enfant, d'utiliser les prises de vues Oui  Non

### INFORMATIONS MEDICALES

Groupe sanguin :

Ville du médecin :

Médecin traitant :

Téléphone :

Allergies médicalement reconnues : Oui  Non

Si oui lesquelles :

PAI : Oui  Non

Type de repas (si intolérance alimentaires, sans porc, ....) :

Vaccins à jour : Oui  Non

(Fournir le carnet de santé)

Recommandation des parents (lunettes...) :

Autorisation d'évacuer l'enfant : Oui  Non

Je soussigné, ....., représentant légal du (des) enfant(s) désigné(s) ci-dessus, déclare exact les renseignements portés sur la fiche et m'engage à tenir les services informés en cas de changement.

Je reconnais avoir pris connaissance du règlement intérieur, et l'accepte sans réserve.

Fait à ..... le .....

Signature