

# FICHE D'INSCRIPTION ACCUEIL DE LOISIRS 2022 / 2023



## Enfant :

Nom : \_\_\_\_\_

Garçon

Fille

Prénom : \_\_\_\_\_

Date de naissance : \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Ecole : \_\_\_\_\_ Classe : \_\_\_\_\_

N° allocataire CAF ou MSA\* (obligatoire) : \_\_\_\_\_

Nom de la compagnie d'assurance et numéro du contrat (obligatoire) : \_\_\_\_\_

Quotient familial : \_\_\_\_\_

*\* pour les allocataires MSA, joindre une attestation de quotient familial récente*

## Situation familiale de l'enfant :

### PARENT 1

Nom : \_\_\_\_\_

Prénom : \_\_\_\_\_

Adresse  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Tél. portable : \_\_\_\_\_

Tél. fixe : \_\_\_\_\_

Tél. travail : \_\_\_\_\_

Mail : \_\_\_\_\_ @ \_\_\_\_\_

### PARENT 2

Nom : \_\_\_\_\_

Prénom : \_\_\_\_\_

Adresse  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Tél. portable : \_\_\_\_\_

Tél. fixe : \_\_\_\_\_

Tél. travail : \_\_\_\_\_

Mail : \_\_\_\_\_ @ \_\_\_\_\_

## Renseignements médicaux concernant l'enfant :

**Pour tout problème ou particularité médicale (vaccination incomplète ou absence de vaccination, traitement, allergie, asthme...),**

**Merci de prendre contact avec la directrice du centre de loisirs avant de déposer le dossier au pôle accueil : [magali.belin@vauvert.com](mailto:magali.belin@vauvert.com)**

## Autorisations diverses :

1- Autorisation donnée au centre de loisirs de consulter les éléments du dossier d'allocations familiales CAF PRO :  oui  non (dans ce dernier cas fournir une attestation de quotient familial récente)

2- Autorisation d'utilisation de l'image de votre enfant pour notre communication (photo, vidéo, réseaux sociaux) :  oui  non

*Vous disposez du droit de retirer à tout moment votre consentement pour ces autorisations et cela sans porter atteinte à la licéité du traitement fondé sur le consentement avant le retrait de celui-ci*

## Renseignements concernant l'enfant :

Médecin traitant (nom et n° de téléphone) : \_\_\_\_\_

L'enfant est-il en situation de handicap :  oui  non

L'enfant est-il scolarisé :  oui  non à temps plein :  oui  non

Vaccination à jour :  oui  non

L'enfant a-t-il une AVS pendant le temps scolaire :  oui  non

L'enfant est-il détecté TDA/H :  oui  non

Si oui par quel organisme est-il suivi : \_\_\_\_\_

Recommandations (lentilles, lunettes, prothèse auditive, dentaire) : \_\_\_\_\_

*Le principe de laïcité exclut la prise en compte des interdits alimentaires liés aux divers principes de confession ou de philosophie (cf. règlement intérieur).*

*Il est de tradition de proposer un plat de substitution à la viande de porc (merci de cocher la case correspondante).  Régime sans porc*

*Aucun plat de substitution au plat de viande n'est proposé sauf les jours où il est proposé un plat unique.*

*L'enfant indiquera le plat qu'il souhaite manger aux animateurs.*

## Autorisation parentale :

### Personnes autorisées à récupérer l'enfant :

Nom : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_ Lien avec l'enfant : \_\_\_\_\_ Tél : \_\_\_\_\_

Nom : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_ Lien avec l'enfant : \_\_\_\_\_ Tél : \_\_\_\_\_

Nom : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_ Lien avec l'enfant : \_\_\_\_\_ Tél : \_\_\_\_\_

**Rappel : hormis les parents, seules ces personnes seront autorisées à récupérer l'enfant.**

### Personnes à contacter en cas d'urgence :

Nom : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_ Lien avec l'enfant : \_\_\_\_\_ Tél : \_\_\_\_\_

Nom : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_ Lien avec l'enfant : \_\_\_\_\_ Tél : \_\_\_\_\_

Nom : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_ Lien avec l'enfant : \_\_\_\_\_ Tél : \_\_\_\_\_

L'enfant est-il autorisé à rentrer seul :  oui  non

La fiche d'inscription doit être **déposée** au **Centre de loisirs Pierre François**

268 Rue du Chaillot 30600 VAUVERT

Aux horaires habituels des permanences

**Période scolaire :** L/Ma/Me/J/V : 8h-10h et 16h-18h (sauf vendredi après-midi)

**Vacances :** L/Ma/Me/J/V : 7h30-11h00

Atteste avoir pris connaissance du règlement intérieur du centre de loisirs et en accepter les conditions  
A Vauvert, le \_\_\_\_\_ Signature

**Cadre réservé à l'administration : dossier déposé le**