

RESPONSABLE LÉGAL 1 : Père Mère Tuteur Autre : _____

Nom : _____ Prénom : _____

Situation : Marié(e) Pacsé(e) Vie maritale Divorcé(e) Séparé(e) Célibataire Veuf(ve)

Adresse : _____

CP _____ Commune _____

Tél. Domicile : ____/____/____/____/____ Portable : ____/____/____/____/____

Profession : _____

Employeur : _____ Tél. professionnel : ____/____/____/____/____

N° allocataire CAF : _____ Quotient Familial : _____

Autorise les salariés habilités du CAP à consulter directement mon quotient familial sur CAFPRO, le site dédié aux professionnels, grâce à mon numéro CAF.

N'autorise pas le CAP à consulter mon dossier CAF et m'engage à fournir une attestation de quotient familial.

A défaut de présentation d'une attestation, le tarif le plus élevé sera appliqué.

RESPONSABLE LÉGAL 2* : Père Mère Tuteur Autre : _____

Nom : _____ Prénom : _____

Situation : Marié(e) Pacsé(e) Vie maritale Divorcé(e) Séparé(e) Célibataire Veuf(ve)

Adresse : _____

CP _____ Commune _____

Tél. Domicile : ____/____/____/____/____ Portable : ____/____/____/____/____

Profession : _____

Employeur : _____ Tél. professionnel : ____/____/____/____/____

*** Si vous êtes séparés ou divorcés et souhaitez une facturation distincte merci de remplir un dossier par parent.**

SERVICES INTERNET

Adresse mail (en MAJUSCULES) : _____

Les factures sont envoyées par mail en début de mois. Il est possible d'obtenir une version papier en vous adressant directement à l'accueil.

Les informations concernant les inscriptions à l'ALSH et les activités proposées par le CAP sont également envoyées par mail.

ENFANTS À INSCRIRE

NOM	Prénom	Sexe (M/F)	Date de naissance	École	Classe

AUTRES PERSONNES AUTORISÉES (Présentation d'une pièce d'identité obligatoire)

J'autorise les personnes suivantes à venir chercher mon (mes) enfant(s) à l'accueil de loisirs :

NOM	Prénom	Lien de parenté	N° de téléphone

Je m'engage à communiquer tout changement de cette liste, par écrit, auprès de l'accueil du CAP.

AUTORISATIONS

Je soussigné(e) _____ déclare avoir pris connaissance du règlement intérieur, du fonctionnement et des conditions financières de l'Accueil de Loisirs du CAP – Centre Social et :

- Autorise mon (mes) enfant(s) à participer à toutes les activités proposées par l'Accueil de Loisirs,
- Autorise, en cas d'urgence, la direction de l'ALSH à faire pratiquer les interventions chirurgicales et à faire prescrire tout traitement nécessaire à l'état de santé de mon (mes) enfant(s),
- Autorise le CAP à faire transporter mon (mes) enfant(s), pour les besoins des activités de l'Accueil de Loisirs : par des moyens de transport collectifs (bus, minibus, train...)
- Autorise la prise de photos et de vidéos et leur diffusion sur le site internet et la page Facebook de l'Accueil de Loisirs, **(Possibilité de rayer la mention en cas de refus)**
- Autorise la saisie informatique des informations ci-dessus,
- Certifie exacts les renseignements portés sur cette fiche.

Fait à _____ Le _____

Signature précédée de la mention « Lu et Approuvé »

Réservé au CAP - Centre Social		
Date d'adhésion :	Carte n° :	Activité(s) pratiquée(s) :
Montant adhésion :	Règlement :	
QF :	Tarif :	



RENSEIGNEMENTS SANITAIRES (1 fiche par enfant)

Année 2024

NOM Prénom de l'enfant : _____ Date de naissance : _____

NOM du Médecin Traitant : _____ Téléphone : _____

Votre enfant présente-t-il des troubles de santé ? Oui Non

Si oui, précisez _____

Votre enfant a-t-il :

- Des allergies alimentaires ? Oui Non
- Des allergies médicamenteuses ? Oui Non
- D'autres allergies ? Oui Non

Si oui, précisez _____

Votre enfant fait-il l'objet d'un P.A.I. (Projet d'Accueil Individualisé) ? Oui Non

Si oui, merci de joindre une copie du P.A.I. et prendre contact avec le Responsable Enfance / Jeunesse

Votre enfant a-t-il une reconnaissance handicap ? Oui Non

Votre enfant suit-il un régime alimentaire particulier ? Oui Non

Si oui, précisez _____

Je déclare sur l'honneur que mon enfant est à jour de toutes les vaccinations obligatoires.

J'atteste l'exactitude des renseignements portés sur ce document et m'engage à faire connaître toute modification éventuelle.

Fait à _____

Le _____

Signature précédée de la mention « Lu et Approuvé »