

**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 »

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

Année 2022

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 »