



Cocher l'accueil de loisirs concerné

Le Val d'Hazey (La Canopée)

inscriptions.aubevoye@assolocal.fr 02 32 52 06 90

Fontaine-Bellenger (Les Canailloux)

inscriptions.fontainebellenger@assolocal.fr 02 32 69 51 84

Gaillon (Le Petit Prince)

inscriptions.gaillon@assolocal.fr 02 32 69 41 76

St-Aubin-sur-Gaillon (Espace Jeufosse)

inscriptions.gaillon@assolocal.fr 02 32 69 41 76

Famille

Nom	_____	Tél 1	_____
Adresse	_____	Tél 2	_____
	_____	E-mail	_____
	_____		_____
Nb d'enfants à charge	_____	Situation familiale	_____
Régime sécurité sociale			
Général	<input type="checkbox"/>	MSA	<input type="checkbox"/>
Autre	<input type="checkbox"/>	_____	_____
Assureur	_____	N° Allocataire Caf	_____
		N° Police assurance	_____

Père

Nom _____

Prénom _____

Mobile _____

Profession _____

Société _____

Ville - Société _____

Tél. travail _____

Mère

Nom _____

Prénom _____

Mobile _____

Profession _____

Société _____

Ville - Société _____

Tél. travail _____

Personnes autorisées à venir chercher les enfants (autres que les parents) :

Nom	Prénom	Téléphone	Ville	Lien famille

Personnes à contacter en cas d'urgence :

Nom	Prénom	Téléphone	Ville	Lien famille

Attention

Accompagné des pièces ci-dessous, ce dossier peut nous être envoyé à l'accueil de loisirs de l'enfant.

- ✓ Photocopie du carnet de santé de chaque enfant (pages vaccins et maladies contagieuses)
- ✓ Photocopie de l'assurance extrascolaire ou du contrat d'assurance responsabilité civile
- ✓ Photocopie des derniers avis d'imposition sur les revenus de la famille
- ✓ Photocopie du justificatif du montant des prestations familiales versées par la CAF.

Sans ces éléments, nous ne pouvons pas mettre à jour le dossier de l'enfant.



Tournez SVP

Enfant 1

Nom _____ Prénom _____


Né(e) le _____ à _____ dépt _____

Sexe Garçon Fille Lieu de scolarisation _____ Niveau scolaire _____

Régime alimentaire particulier : Oui Non Si oui lequel _____

Informations médicales importantes (allergie...) _____

Recommandations particulières _____

Médecin traitant : Nom _____  _____

Autorisé(e) à partir seul(e) après le centre de loisirs : Oui Non

Autorisé(e) à être pris(e) en photo dans le cadre des activités : Oui Non

Publication sur les réseaux sociaux : Oui Non

Enfant 2

Nom _____ Prénom _____


Né(e) le _____ à _____ dépt _____

Sexe Garçon Fille Lieu de scolarisation _____ Niveau scolaire _____

Régime alimentaire particulier : Oui Non Si oui lequel _____

Informations médicales importantes (allergie...) _____

Recommandations particulières _____

Médecin traitant : Nom _____  _____

Autorisé(e) à partir seul(e) après le centre de loisirs : Oui Non

Autorisé(e) à être pris(e) en photo dans le cadre des activités : Oui Non

Publication sur les réseaux sociaux : Oui Non

Enfant 3

Nom _____ Prénom _____


Né(e) le _____ à _____ dépt _____

Sexe Garçon Fille Lieu de scolarisation _____ Niveau scolaire _____

Régime alimentaire particulier : Oui Non Si oui lequel _____

Informations médicales importantes (allergie...) _____

Recommandations particulières _____

Médecin traitant : Nom _____  _____

Autorisé(e) à partir seul(e) après le centre de loisirs : Oui Non

Autorisé(e) à être pris(e) en photo dans le cadre des activités : Oui Non

Publication sur les réseaux sociaux : Oui Non