L'Office Communautaire d'Animations et de Loisirs - Dossier administratif pour l'inscription en accueil de loisirs

☒ Cocher l'accueil de loisirs concerné

☐ Le Val d'Hazey (La Canopée)	inscriptions.aubevoye@assolocal.fr	02 32 52 06 90
☐ St-Aubin-sur-Gaillon (Espace Jeufosse)	inscriptions.jeufosse@assolocal.fr	02 32 52 06 90
☐ Gaillon (Le Petit Prince)	inscriptions.gaillon@assolocal.fr	02 32 69 41 76
☐ Fontaine-Bellenger (Les Canailloux)	inscriptions.fontainebellenger@assolocal.fr	02 32 69 51 84

Famille

Nom _____ Tél 1 _____

Adresse _____ Tél 2 _____

_____ E-mail _____

_____ _____

Nb d'enfants à charge _____ Situation familiale _____

Régime sécurité sociale

Général ☐ MSA ☐ Autre ☐ _____

N° Allocataire Caf _____

Assureur _____ 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
- ✓ Justificatifs de domicile (Photocopie du dernier avis d'imposition, quittance EDF ou téléphone…)
- ✓ N° d'allocataire CAF

Sans ces éléments, nous ne pourrons 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 ❐