



Reçu le _____ Traité le _____ par _____

DOSSIER FAMILLE

(ouvrant un accès à la restauration, à l'accueil de loisirs, à la petite enfance, aux activités sportives et culturelles et aux séjours jeunesse)

DOSSIER :
(nom du principal responsable)

SITUATION FAMILIALE

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

RESPONSABLES DE L'ENFANT

Parent 1 (destinataire la facture)	Parent 2
Nom : _____	Nom : _____
Prénom : _____	Prénom : _____
Adresse : _____ _____	Adresse : _____ _____
 : _____	 : _____
 : _____	 : _____
@ : _____	@ : _____
Profession : _____	Profession : _____
Employeur : _____	Employeur : _____
Adresse : _____ _____	Adresse : _____ _____
Téléphone : _____	Téléphone : _____

Assurance : _____ N° du contrat : _____

N° d'allocataire CAF : _____ QF : _____

Je souhaite recevoir mes factures par mail :

Personnes à prévenir en cas d'urgence et autorisées à récupérer l'enfant :

Nom : _____ Téléphone : _____

Nom : _____ Téléphone : _____

Nom : _____ Téléphone : _____

Documents à joindre impérativement :

- Justificatif de quotient familial 2017 ou avis d'imposition sur les revenus 2015
- Attestations de travail des deux parents si abonnement 2, 3 ou 4 jours en restauration
- Dossier enfant



INSCRIPTION A LA RESTAURATION ET AUX ACCUEIL DE LOISIRS

Nom de l'enfant : _____ Prénom : _____

École : _____ Classe : _____

➤ RESTAURATION :

Lundi Mardi Jeudi Vendredi Formule occasionnelle

➤ ACCUEIL DU MATIN:

Lundi Mardi Mercredi Jeudi Vendredi Formule occasionnelle

➤ ACCUEIL DU MIDI JUSQU'À 12H30 :

Lundi Mardi Mercredi Jeudi Vendredi Formule occasionnelle

➤ ACCUEIL DE LOISIRS APRÈS L'ÉCOLE:

De 15H45 à 17H15 : Lundi Mardi Jeudi Vendredi Formule occasionnelle

De 17H15 à 18H30 : Lundi Mardi Jeudi Vendredi Formule occasionnelle

CENTRE NATURE ET LOISIRS : mercredis vacances scolaires

Nom de l'enfant : _____ Prénom : _____

École : _____ Classe : _____

➤ RESTAURATION :

Lundi Mardi Jeudi Vendredi Formule occasionnelle

➤ ACCUEIL DU MATIN:

Lundi Mardi Mercredi Jeudi Vendredi Formule occasionnelle

➤ ACCUEIL DU MIDI JUSQU'À 12H30 :

Lundi Mardi Mercredi Jeudi Vendredi Formule occasionnelle

➤ ACCUEIL DE LOISIRS APRÈS L'ÉCOLE:

De 15H45 à 17H15 : Lundi Mardi Jeudi Vendredi Formule occasionnelle

De 17H15 à 18H30 : Lundi Mardi Jeudi Vendredi Formule occasionnelle

CENTRE NATURE ET LOISIRS : mercredis vacances scolaires

Nom de l'enfant : _____ Prénom : _____

École : _____ Classe : _____

➤ RESTAURATION :

Lundi Mardi Jeudi Vendredi Formule occasionnelle

➤ ACCUEIL DU MATIN:

Lundi Mardi Mercredi Jeudi Vendredi Formule occasionnelle

➤ ACCUEIL DU MIDI JUSQU'À 12H30 :

Lundi Mardi Mercredi Jeudi Vendredi Formule occasionnelle

➤ ACCUEIL DE LOISIRS APRÈS L'ÉCOLE:

De 15H45 à 17H15 : Lundi Mardi Jeudi Vendredi Formule occasionnelle

De 17H15 à 18H30 : Lundi Mardi Jeudi Vendredi Formule occasionnelle

CENTRE NATURE ET LOISIRS : mercredis vacances scolaires

J'atteste avoir pris connaissance du règlement en vigueur.

Date : _____

Signature :



DOSSIER ENFANT

Nom de l'enfant : _____ Prénom : _____
 Né le : _____ Sexe : Féminin Masculin
 École : _____ Classe : _____

DROIT À L'IMAGE

Autorisation de la personne quant à la libre utilisation de son image (pour les mineurs).

Je soussigné(e) _____ consens ne consens pas
 à la réalisation (prise de vue) et à la divulgation d'images de mon enfant prises dans le cadre des activités
 périscolaires ou extrascolaires, sans limitation quant à la durée ou au support (plaquettes, site, internet,
 télévision...)

REPAS SPÉCIFIQUE

Sans porc Sans viande Végétarien Allergie alimentaire _____

AUTORISATION DE SORTIR SEUL

Je soussigné(e) _____ autorise mon enfant à rentrer seul après la fin des activités :
 Périscolaires Vacances enfance jeunesse

AUTORISATION DE SORTIE LORS DES ACTIVITES PERISCOLAIRES

Je soussigné(e) _____ autorise mon enfant à sortir de l'établissement lors des
 activités organisées sur le temps de l'accueil de loisirs (à pied, en bus...).

FICHE SANITAIRE DE LIAISON

1) Votre enfant a-t-il déjà eu les vaccinations suivantes :

VACCINS OBLIGATOIRES	OUI (dates)	NON	VACCINS RECOMMANDES	OUI (dates)	NON
Diphtérie			Hépatite B		
Tétanos			Rubéole Oreillons Rougeole		
Poliomyélite			Coqueluche		
Ou DT Polio			BCG		
Ou Tetracoq			Autres à préciser		

2) Votre enfant a-t-il déjà eu les maladies suivantes :

Rubéole <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Varicelle <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Angine <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Rhumatisme articulaire aigu <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Coqueluche <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Otite <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Rougeole <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Oreillons <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
			Scarlatine <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non

3) Votre enfant présente-il des troubles de santé connus de longue durée :

➤ Allergies : Asthme : Oui Non ➤ Alimentaire : Oui Non ➤ Autres : _____

Si oui, vous devez établir un contrat d'accueil individualisé.

➤ Difficultés de santé de longue durée : Oui Non

➤ Crises, convulsions, autres : _____

➤ Votre enfant porte-t-il des lentilles, lunettes, prothèses auditives, dentaires, etc. ?

4) Nom du médecin traitant : _____ Tel. : _____

Je soussigné(e) _____ responsable légal de l'enfant, déclare exacts les renseignements
 portés sur cette fiche et autorise le responsable à prendre le cas échéant, toutes les mesures rendues
 nécessaires par l'état de l'enfant.

Date : _____

Signature :