



Nom et coordonnées structure

## DOSSIER INSCRIPTION ACCUEIL DE LOISIRS/ACCUEIL JEUNES

### Informations ENFANT

NOM :	PRENOM :	Photo
Date de naissance :		
Etablissement scolaire :	Classe :	

REGIME :  CAF  MSA

N°ALLOCAIRE CAF ou MSA :

### Informations REPRÉSENTANTS LEGAUX

Responsable 1 :	Père -	Responsable 2 :
Mère- Tuteur - Autre :.....		Père - Mère- Tuteur - Autre :.....
Autorité parentale : OUI NON		Autorité parentale : OUI NON
Nom :		Nom :
Prénom :		Prénom :
Adresse :		Adresse :
.....		.....
Tél. domicile :		Tél. domicile :
Tél. portable :		Tél. portable :
Adresse mail :		Adresse mail :
Profession :		Profession :
Tél. professionnel :		Tél. professionnel :

**Situation Familiale :** Marié/Pacsé/Union libre - Divorcé/Séparé - Veuf/Veuve - Célibataire

**Nom et adresse de Facturation :**

### Autres PERSONNES AUTORISÉES A VENIR CHERCHER L'ENFANT

NOM/PRENOM	ADRESSE	TELEPHONE 1	TELEPHONE 2	LIEN AVEC L'ENFANT

### Autres PERSONNES A CONTACTER EN CAS D'URGENCE

NOM/PRENOM	ADRESSE	TELEPHONE 1	TELEPHONE 2	LIEN AVEC L'ENFANT

## FICHE SANTÉ

Médecin traitant :

N° de téléphone :

J'atteste que mon enfant est à jour de ses vaccins

oui  non

Votre enfant suit-il un traitement médical?

oui  non

Si oui, lequel?

**Allergies**

asthme

oui  non

alimentaires

oui  non

si oui lesquelles :

oui  non

médicamenteuses

oui  non

si oui lesquelles :

autres allergie :.....

**Si PAI merci de fournir une copie**

Autre problème de santé :

Recommandations utiles des parents (port de lunettes, régime alimentaire particulier...) :

## AUTORISATIONS et ATTESTATION

J'autorise l'utilisation du maquillage pour mon enfant oui non

J'autorise la prise d'images (photos et vidéos) et l'utilisation à des fins de communication interne et externe (journal, internet...) oui non

J'autorise mon enfant à partir seul oui non

J'autorise la CDC Castillon-Pujols à utiliser mes données et adresses mail pour toutes informations liées à l'activité de la collectivité oui non

J'autorise la collectivité à récupérer Quotient familial via CAF pro /CDAP oui non

J'autorise les responsables de la structure à prendre les mesures nécessaires à la santé de mon enfant oui non

**Je certifie avoir pris connaissance du règlement intérieur et accepte toutes les modalités de fonctionnement.**

**Je m'engage à signaler tout changement concernant mon enfant (santé, familles, coordonnées).**

A

le

Signature



**ACCUEIL DE LOISIRS RAUZAN**  
**3 PLACE DU CHAMP DE FOIRE**  
**33420 RAUZAN**  
**05.57.84.00.64 / 07.86.11.09.38**  
**[alshrauzan@castillonpujols.fr](mailto:alshrauzan@castillonpujols.fr)**

**Documents à fournir :**

- \* Dossier d'inscription complété avec photo d'identité
- \* Attestation de quotient familial CAF ou MSA (pour année civile en cours) ou photocopie des avis d'imposition des responsables légaux
- \* Copie du PAI.
- \* Photocopie du carnet de santé pour les vaccins
- \* Copie du jugement en cas de divorce ou séparation (ou attestation sur l'honneur détaillant le mode de garde, signé des 2 responsables légaux)