

LAVAL BOURNY GYM**FICHE DE RENSEIGNEMENTS****Accueil de Loisirs Sans Hébergement (ALSH) du 21 octobre au 25 octobre 2024**

Nom-Prénom de l'enfant :

Date de naissance :

INSCRIPTION

Semaine complète	Lundi 21 octobre	Mardi 22 octobre	Mercredi 23 octobre	Jeudi 24 octobre	Vendredi 25 octobre
Tarif 1 <input type="checkbox"/> 85,00 €	Tarif 1 <input type="checkbox"/> 17,00 €	Tarif 1 <input type="checkbox"/> 17,00 €	Tarif 1 <input type="checkbox"/> 17,00 €	Tarif 1 <input type="checkbox"/> 22,00 €	Tarif 1 <input type="checkbox"/> 17,00 €
Tarif 2 <input type="checkbox"/> 95,00 €	Tarif 2 <input type="checkbox"/> 19,00 €	Tarif 2 <input type="checkbox"/> 19,00 €	Tarif 2 <input type="checkbox"/> 19,00 €	Tarif 2 <input type="checkbox"/> 24,00 €	Tarif 2 <input type="checkbox"/> 19,00 €

Equitation : taille de l'enfant Niveau de pratique....

PERSONNE(S) AYANT AUTORITE PARENTALE DE L'ENFANT**➤ Responsable 1 (nom de la personne à inscrire sur la facture)**

Nom-Prénom : Lien de parenté :

Adresse Internet : Portable :

Employeur + ville : Téléphone travail :

➤ Responsable 2

Nom-Prénom : Lien de parenté :

Adresse Internet : Portable :

Employeur + ville : Téléphone travail :

➤ Lien entre responsable 1 et 2 : marié pacsé vie maritale/concubinage séparé**➤ Coordonnées du foyer (adresse de facturation)**

Téléphone :

Adresse complète :

.....

AUTRE(S) PERSONNE(S) A PREVENIR EN CAS D'URGENCE

➤ Nom-Prénom : Lien avec votre famille :

Téléphone : Portable :

➤ Nom-Prénom : Lien avec votre famille :

Téléphone : Portable :

AUTORISATION DE SORTIE DU CENTRE OU DE LA GARDERIEL'enfant est-il autorisé à quitter seul notre structure : OUI NON Si NON, personnes autorisées à venir chercher l'enfant

➤ Nom-Prénom : ➤ Nom-Prénom :

Téléphone : Téléphone :

Lien de parenté ou autre : Lien de parenté ou autre :

RENSEIGNEMENTS SOCIAUX

- **Assuré social dont dépend l'enfant :**
N° d'immatriculation : Caisse d'affiliation
- **Caisse prestataire des allocations familiales :** CAF n° d'allocataire :
MSA n° d'allocataire :
AUTRE
- **Complémentaire :**
Nom de la Mutuelle : N° d'affiliation :
- **Responsabilité civile :** OUI NON ➤ **Individuelle accident :** OUI NON
Nom de la compagnie : Nom de la compagnie :

TRANSPORT

J'autorise mon enfant à être transporté par un tiers (animateur ou parent) dans le cadre des activités du centre de loisirs.

OUI j'autorise NON je n'autorise pas

SOINS

En cas de nécessité, j'autorise les responsables de la structure ou du séjour à prendre le cas échéant, toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaire par l'état de l'enfant.

OUI j'autorise NON je n'autorise pas

- Nom du médecin de famille :
- Adresse :
- Etablissement souhaité en cas d'hospitalisation :

PHOTOS/VIDEOS

J'autorise le responsable de la structure à utiliser les photographies et les films, réalisés dans le cadre des activités et des séjours du centre de loisirs et de l'accueil périscolaire, dans le cadre de la communication relative au centre de loisirs et à l'accueil périscolaire.

OUI j'autorise NON je n'autorise pas

N'oubliez pas d'avertir l'association de tout changement pouvant survenir en cours d'année scolaire (changement de domicile, de situation, problèmes médicaux, ...).

Je soussigné(e), responsable légal de l'enfant
....., certifie avoir pris connaissance des modalités de fonctionnement de
l'ALSH organisé par le LBG et déclare exacts les renseignements portés sur ces fiches.

Fait à, le Signature