



Dossier inscription Centre de loisirs - Juillet 2026 (Pas de centre en août)
Documents à apporter à l'inscription : Carnet de santé – Attestation CAF – Notification Aides aux temps libres -

Nom et prénom du responsable légal :

Adresse.....

Téléphone/portable :

NOM	PRENOM	Date de naissance	Age	Sexe	06-10 juillet	13-17 juillet	20-24 juillet	Règlement

Point de ramassage : Bois Bryas Ecole Primaire Campagne Ecole Calmette Ecole Trabbia Quai Quinet

N° allocataire CAF : QF :

Notification Aides aux temps libres oui non

" Conformément au Règlement Général sur la Protection des Données (RGPD), les données recueillies sont nécessaires à la bonne inscription de votre enfant et destinées à vous contacter en cas de nécessité liée à votre enfant. En aucun cas elles ne seront rendues accessibles à des tiers sans votre accord exprès le cas échéant."

Autorisations parentales

Je soussigné(e)(père, mère)

De(s) l'enfant (s).....

.....

Autorisations Parentales			
Autorise l' ALSH à utiliser les photos ou les films de mon (mes) enfant (s) pris lors des activités dans ses différentes publications et dans la presse	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>	
Autorise mon (mes) enfant (s) à aller à la piscine (seuls peuvent se baigner les enfants vaccinés contre la Polio)	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>	
Enfant(s) ne sachant pas nager		
Enfant(s) possédant le brevet de 25 mètres avec immersion		
Autorise mon enfant à participer aux diverses sorties du CLSH	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>	
Autorise le CLSH à transporter mon (mes) enfant (s) pour le besoin des activités par des moyens de transports collectifs comme trafic, bus, SNCF...	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>	
Autorise mon (mes) enfant(s) à repartir seul(s) après l'ALSH (uniquement pour les + 6 ans)	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>	
Dans le cas contraire, personnes majeures autorisées à reprendre l'enfant			
	Nom	Prénom	Téléphone

Lu et approuvé, leà.....

Signature

Fiche de renseignements

Nationalité des parents.....Nombre d'enfants.....

Situation de famille :

Concubin(e) marié(e) célibataire veuf(ve) divorcé(e)

Père	Mère
Nom/prénom.....	Nom/prénom.....
Adresse.....	Adresse.....
N°tél.....	N°tél.....
N° portable.....	N° portable.....
Employeur.....	Employeur.....
Inscrit à pôle emploi oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	Inscrit à pôle emploi oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>
Salarié <input type="checkbox"/> demandeur d'emploi <input type="checkbox"/>	Salarié <input type="checkbox"/> demandeur d'emploi <input type="checkbox"/>
Autres <input type="checkbox"/>	Autres <input type="checkbox"/>
RSA socle oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> (demande de justificatif)	RSA socle oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> (demande de justificatif)
Personne Majeure à joindre en cas d'accident	
Nom et prénom
Adresse
Téléphone fixe / portable /
Nom du medecin traitant

Nous vous rappelons la nécessité de disposer d'une **assurance personnelle en responsabilité civile** couvrant les dommages que pourrait causer votre enfant.

Je déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise le directeur de l'ALSH à faire soigner mon ou mes enfants et de prendre toutes les mesures, y compris l'hospitalisation, nécessitées par son état de santé selon la prescription du corps médical consulté.

Fait à, le