



Personne à prévenir en cas d'urgence :

Nom : Prénom :
Lien avec l'enfant :
TEL :/...../...../...../.....
TEL PORT :/...../...../...../.....
TEL Lieu de travail :/...../...../...../.....

Situation de famille * :

Célibataire – Marié - Vie maritale – Séparé – Veuf – Divorcé
(En cas de divorce, joindre un justificatif du droit de garde l'enfant.)

Adresse où réside(nt) le ou les enfant(s) :

.....
.....

(*) Barrer les mentions inutiles.

Autorisation médicale :

Je soussigné (e),
autorise les responsables du centre à prendre toutes dispositions en cas de
nécessité immédiate (hospitalisation, médecin, traitements médicaux).

Nom du médecin de famille :

TEL du médecin de famille :

A....., le Signature :

Cadre réservé à l'administration

N° inscription : _____

- Vaccination/Carnet de santé Assurance Responsabilité Civile Fiche sanitaire de liaison
 CAF Jugement de divorce

RESPONSABLES LEGAUX

Nom : Prénom :

Adresse :

Ville: Code Postal :

TEL :/...../...../...../..... TEL PORT :/...../...../...../.....

TEL Lieu de travail :/...../...../...../.....

Employeur :

N° de sécurité sociale :

//_/_/_/_/_/_/_/_/_/_

➤ N° d'allocataire : _____

➤ Quotient familial : _____

➤ Aide aux temps libres ?

OUI NON

Si oui, joindre la copie de

**Assurance « Responsabilité
Civile »**

➤ NOM : _____

➤ N° de contrat : _____

Mutuelle

➤ NOM : _____

➤ N° de contrat : _____

COCHEZ LES SEMAINES D'INSCRIPTION RETENUES POUR CHAQUE ENFANT :

Premier enfant :

Nom : Prénom :

Date et lieu de naissance :

Classe fréquentée (CP, CE1, etc...) :

Semaines retenues :

Semaines : 1 ; 2 ; 3 ; 4

Deuxième enfant :

Nom : Prénom :

Date et lieu de naissance :

Classe fréquentée (CP, CE1, etc...) :

Semaines retenues :

Semaines : 1 ; 2 ; 3 ; 4

Troisième enfant :

Nom : Prénom :

Date et lieu de naissance :

Classe fréquentée (CP, CE1, etc...) :

Semaines retenues :

Semaines : 1 ; 2 ; 3 ; 4

Quatrième enfant :

Nom : Prénom :

Date et lieu de naissance :

Classe fréquentée (CP, CE1, etc...) :

Semaines retenues :

Semaines : 1 ; 2 ; 3 ; 4

Autorisation Activités :

Je soussigné(e),

responsable de :

le(s) autorise à participer à toutes les activités organisées par le CLSH (piscine, etc....).

Lors de certaines activités, les enfants sont susceptibles d'être pris en photo ou être filmés.

Autorisez-vous la diffusion et/ou la publication de ces images ?

OUI. NON.

A, le.....

Signature :