

**L'enfant :**

Nom : ..... Prénom : .....

Date de naissance : ..... / ..... / ..... Garçon  Fille

Etablissement scolaire fréquenté : .....

**Responsables légaux de l'enfant :**  Père  Mère  Tuteur

Nom(s) : .....

Nb d'adultes composant le foyer : ..... Nb d'enfants à charge .....

Adresse: .....

Code Postal : ..... Ville : .....

Tél. (s) en cas d'urgence (préciser nom et lien avec l'enfant).....

..... / .....  
..... / .....

Email : ..... @ .....

Numéro d'allocataire CAF : ..... AEEH/PCH <sup>1</sup> <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non ou Numéro d'allocataire MSA : ..... Numéro de sécurité sociale : .....
---

<i>A remplir par Leo Lagrange</i>			
QF : _____ €	Tarif : _____	Ext.	Non Ext.
Nombre d'enfants de la famille inscrits à l'ALSH	1 <sup>er</sup>	2 <sup>ème</sup>	3 <sup>ème</sup> et +

*Vous devez nous fournir à l'inscription un justificatif de votre Quotient Familial CAF ou votre dernier avis d'imposition + relevé des prestations familiales. Sans justification, le tarif plein sera appliqué*

**Les personnes autorisées à venir chercher votre enfant sont :**

*(une pièce d'identité sera demandée) :*  
..... Tél : .....  
..... Tél : .....

J'autorise mon enfant à partir seul (à partir de 6 ans) :  Oui  Non  
*(Modalités à préciser à l'inscription)*

**INFORMATION**

L'association Léo Lagrange Ouest est assurée à la MAIF. Nous vous conseillons toutefois de souscrire un contrat d'assurance couvrant les dommages corporels auxquels votre enfant peut être exposé

**Renseignements sanitaires :**

**Fournir obligatoirement une photocopie en 2 exemplaires du carnet de vaccination (Rappel des vaccins obligatoires en accueil collectif de mineurs : Diphtérie, Tétanos, Poliomyélite)**

▪ L'enfant présente-t-il des troubles de santé ?  oui  non  
Si oui, lesquels.....  
.....  
.....

Si oui, l'enfant fait-il l'objet d'un PAI ? (*protocole d'accueil individualisé*)  oui  non  
Veuillez joindre une copie du PAI.

**sinon, en cas de trouble de santé identifié, prendre contact avec le/la responsable**

▪ Autres recommandations des parents  
.....  
.....

▪ Si votre enfant **suit un traitement médical**, joindre une **ordonnance récente** et les **médicaments** correspondants (dans leur emballage d'origine + notice, marqués au nom de l'enfant)

**Nom et tél. du Médecin traitant :** .....

**AUTORISATIONS**

- j'autorise que mon enfant soit pris en **photos (et/ou vidéos)** dans le cadre de l'accueil de loisirs. Celles-ci pourront être utilisées, diffusées et reproduites par Leo Lagrange Ouest (magazine, internet...) et ses partenaires (mairie, intercommunalité...).

**Oui, j'accepte**  **Non, je refuse**

-je certifie avoir pris connaissance des modalités de fonctionnement ainsi que du règlement intérieur de l'accueil de loisirs.

- je m'engage à payer l'intégralité des frais de l'accueil de loisirs dès réception de la facture.

-j'autorise la direction à prendre, le cas échéant, toutes mesures rendues nécessaires par l'état de santé de l'enfant. (médecin, hospitalisation, ...)

- j'atteste l'exactitude des renseignements portés sur ce document.

- je m'engage à faire connaître à l'organisateur toutes modifications éventuelles.

Nom & Prénom : .....  
Fait à ..... Signature   
Le: .....

<sup>1</sup> AEEH = Allocation d'Education Enfant Handicapé / PCH = Prestation de Compensation du Handicap