Accueil de Loisirs de Chançay 07.82.44.14.06 / 09.81.13.21.63
alsh.chancay@gmail.com

FICHE D'INSCRIPTION

L'enfant : Nom :….....Prénom :.....

Date de naissance :.....

Le père : Nom :….....Prénom :.....

Adresse :.....

….....

N° de Tel :..... Portable : ….....

La mère :Nom :….....Prénom :.....

Adresse (si différente):.....

….....

N° de Tel :..... Portable : ….....

E-mail principal :.....

(toutes les infos de l'accueil de loisirs vous seront envoyées par mail)

N° allocataire :

(Préciser le régime : CAF, MSA, Education Nationale…)

Médecin Traitant:

Nom :….....Prénom :.....

Adresse :.....

….....

N° de Tel :..... Portable : ….....

AUTORISATIONS DE SORTIES

Je désigne ici les personnes autorisées à venir chercher mon enfant à l'ALSH :

Nom :..... Prénom :.....Lien de parenté :.....

Nom :..... Prénom :.....Lien de parenté :.....

Nom :..... Prénom :.....Lien de parenté :.....

Dans le cas des parents divorcés et si la garde est donnée exclusivement à un des deux parents, l'autre parent est-il autorisé à venir récupérer l'enfant à l'ALSH ? OUI – NON (rayer la mention inutile)

❑ J'autorise mon enfant à partir seul de l'ALSH après avoir prévenu l'animateur, le soir à

partir de ….....h.

Prise de Photo ou vidéo : ❑ **OUI** ❑ **NON**

En cochant «OUI», j'autorise l'organisateur de l'Accueil de Loisirs à diffuser les photographies ou vidéos sur lesquelles figure mon enfant. Cette autorisation est valable pour l'édition de documents de nature pédagogique (journal interne et externe) des expositions relatives à l'accueil ou à nos séjours, le site internet de la Communauté de Communes et de la Mairie.

Je soussigné(e), Mr ou Mme ..... responsable légal de l'enfant désigné précédemment, certifie avoir pris connaissance des conditions générales de fonctionnement de l'accueil de loisirs. Je déclare y souscrire entièrement et autoriser mon enfant à participer à toutes les activités prévues par la direction de l'accueil. Je m'engage à fournir les documents nécessaires à l'inscription et me conformer aux modalités de paiement.

Je m'engage, s'il y a lieu, à rembourser les frais médicaux occasionnés en cas d'intervention du médecin, et à remplir correctement la fiche sanitaire de liaison.

.

A ....., Le ….....

Signature