

*Tout dossier incomplet ne sera pas accepté.*

<b>NOM DE FAMILLE DE L'ENFANT :</b>
<b>NOM DE FAMILLE DES PARENTS :</b>

**Nombre d'enfant à charge de la famille :**

Prénom	Date de naissance	Lieu de naissance	Ecole	Classe

Garde unique

- En cas de garde alternée ou séparation des parents, merci de cocher :

Mère semaines paires / Père semaines impaires

Mère semaine impaires / Père semaines paires

**Où**

Mère :  Lundi    Mardi    Mercredi    Jeudi    Vendredi

Père :  Lundi    Mardi    Mercredi    Jeudi    Vendredi

La mère a l'autorisation de voir l'enfant s'il est chez le père

Le père a l'autorisation de voir l'enfant s'il est chez la mère

*Informations complémentaires (ex : récupération par la mère le vendredi de la semaine du père...).*

**Pièces à joindre au dossier**

- ✓ **Fiche sanitaire et copie du carnet de vaccination à jour**
- ✓ **Attestation d'assurance responsabilité civile + extrascolaire**
- ✓ **Attestation CAF ou MSA mentionnant votre quotient familial (ou copie du dernier avis d'imposition)**
- ✓ **Planning d'inscriptions**

Et le cas échéant :

- *Jugement de séparation ou de divorce fixant les modalités de garde le cas échéant*
- *Attestation d'aide (comité d'entreprise, conseil départemental)*
- *Protocole PAI de l'enfant*

Signaler si l'adresse de facturation est différente de l'adresse du domicile :

Je m'engage à signaler tout changement modifiant les indications mentionnées sur cette fiche.

Le simple fait de participer aux activités de l'accueil de loisirs implique l'acceptation du règlement intérieur.

**POLITIQUE DE CONFIDENTIALITE :**

Les informations personnelles recueillies dans ce formulaire sont obligatoires pour permettre l'inscription de votre enfant au service d'accueil périscolaire et extrascolaire. Elles sont réservées à l'usage exclusif de ce service dans le cadre de ses échanges avec vous, sans jamais pouvoir être rendues publiques.

Quel que soit le prestataire chargé par la commune de recueillir ces inscriptions et de gérer le service, vous bénéficiez d'un droit d'accès et de rectification aux informations qui vous concernent.

En signant cette demande d'inscription, j'accepte que les données contenues dans ce dossier et ses annexes soient enregistrées numériquement par LEO LAGRANGE CENTRE EST et utilisées à des fins statistiques en interne.

Situation familiale (du foyer dans lequel vivent les enfants)			
<input type="checkbox"/> Mariés <input type="checkbox"/> Concubinage/Pacsés <input type="checkbox"/> Reconstituée	<input type="checkbox"/> Séparés <input type="checkbox"/> Divorcés	<input type="checkbox"/> Célibataire <input type="checkbox"/> Veuf/veuve <input type="checkbox"/> Monoparentale	<input type="checkbox"/> Famille d'accueil <input type="checkbox"/> Autre : .....

Représentant légal 1	
Autorité parentale : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	
Nom :	Adresse domicile :
Prénom :	
Tél domicile :	Adresse mail :
Tél mobile :	
N° allocataire CAF/MSA :	Quotient familial :
Profession :	
Employeur (nom, commune et téléphone) :	

Représentant légal 2	
Autorité parentale : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	
Nom :	Adresse domicile :
Prénom :	
Tél domicile :	Adresse mail :
Tél mobile :	
N° allocataire CAF/MSA :	Quotient familial :
Profession :	
Employeur (nom, commune et téléphone) :	

**Personnes à contacter en cas d'urgence (de + de 18 ans) et/ou autorisées à récupérer l'enfant à la sortie (de + de 15 ans)**

NOM :	Prénom :	A contacter en cas d'urgence <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
Lien avec l'enfant :		Autorisé à récupérer l'enfant <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
Téléphone domicile :		Téléphone portable :

NOM :	Prénom :	A contacter en cas d'urgence <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
Lien avec l'enfant :		Autorisé à récupérer l'enfant <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
Téléphone domicile :		Téléphone portable :

NOM :	Prénom :	A contacter en cas d'urgence <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
Lien avec l'enfant :		Autorisé à récupérer l'enfant <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
Téléphone domicile :		Téléphone portable :

**Autorisations**

- J'autorise mon (mes) enfant(s) âgés de 6 ans ou plus à quitter la structure seul(s) dès l'heure de fin d'activités.
- J'autorise le personnel de l'accueil de loisirs à filmer ou photographier mon(mes) enfant(s) dans le cadre des activités et à les diffuser pour la valorisation des activités (en interne : dans les ACM, Kidizz).

- J'autorise le personnel de l'accueil de loisirs à filmer ou photographier mon(mes) enfant(s) dans le cadre des activités et à les diffuser pour la valorisation des activités (en externe : site et réseaux sociaux de : la CCHC, Léo Lagrange Centre Est, Fédération nationale et journaux locaux).
- J'autorise le prestataire d'animation à utiliser CAFPRO (consultation de mon Quotient Familial de la CAF).
- J'autorise mon (mes) enfant(s) à participer aux activités physiques et sportives organisées par l'accueil de loisirs.
- J'autorise mon (mes) enfant(s) à prendre le bus dans le cadre des activités proposées par l'accueil de loisirs.

Je m'engage à rembourser les éventuels frais médicaux, chirurgicaux ou pharmaceutiques.

**Merci de compléter la fiche sanitaire indispensable à la prise en compte de votre inscription.**

Renseignements Assurance :	
Compagnie d'assurance :	N° de police d'assurance :

Renseignements 1 <sup>er</sup> enfant inscrit	
Nom :	Prénom :
Date de naissance :	Sexe : <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F
Régime alimentaire particulier :	<input type="checkbox"/> Sans porc <input type="checkbox"/> Sans viande <input type="checkbox"/> Autre, précisez :
Allergies / Problèmes ou traitements médicaux :	
Suivi MDPH : <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> en cours	
<input type="checkbox"/> PAI (joindre le protocole)	
Antécédents médicaux ou chirurgicaux :	

Renseignements 2 <sup>e</sup> enfant inscrit	
Nom :	Prénom :
Date de naissance :	Sexe : <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F
Régime alimentaire particulier :	<input type="checkbox"/> Sans porc <input type="checkbox"/> Sans viande <input type="checkbox"/> Autre, précisez :
Allergies / Problèmes ou traitements médicaux :	
Suivi MDPH : <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> en cours	
<input type="checkbox"/> PAI (joindre le protocole)	
Antécédents médicaux ou chirurgicaux :	

Renseignements 3 <sup>e</sup> enfant inscrit	
Nom :	Prénom :
Date de naissance :	Sexe : <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F
Régime alimentaire particulier :	<input type="checkbox"/> Sans porc <input type="checkbox"/> Sans viande <input type="checkbox"/> Autre, précisez :
Allergies / Problèmes ou traitements médicaux :	
Suivi MDPH : <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> en cours	
<input type="checkbox"/> PAI (joindre le protocole)	
Antécédents médicaux ou chirurgicaux :	

Date :

Signatures des responsables légaux :