



## FICHE DE RENSEIGNEMENTS ACCUEILS DE LOISIRS DE LA C.C SOR ET AGOUT

### L'ENFANT

Nom  Prénom   
Né(e) le : \_\_\_\_\_ à \_\_\_\_\_  
Adresse : \_\_\_\_\_  
C.P : \_\_\_\_\_ Ville : \_\_\_\_\_ Tel dom. : \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

### LES PARENTS OU RESPONSABLES LEGAUX PENDANT LES TEMPS D'ACCUEIL

Nom et prénom du père : \_\_\_\_\_ Profession : \_\_\_\_\_  
Portable : \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Tel Bureau : \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
Nom et prénom de la mère : \_\_\_\_\_ Profession : \_\_\_\_\_  
Portable : \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Tel Bureau : \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

### FACTURATION

Personne(s) à facturer :  Famille  Père  Mère  Autre : \_\_\_\_\_  
Mail de distribution pour l'envoi de la facture : \_\_\_\_\_ @ \_\_\_\_\_

#### Pour les allocataires C.A.F

N° d'allocataire C.A.F : \_\_\_\_\_  
Quotient Familial C.A.F : \_\_\_\_\_  
 Avis d'imposition si n° d'allocataire non connu

#### Pour les allocataires M.S.A

Pass Accueil ALSH MSA  
 Dernier avis d'imposition si Quotient Familial non connu

### AUTORISATION PARENTALE

Je soussigné(e) : \_\_\_\_\_

\* Autorise mon enfant à participer à toutes les activités et ou sorties organisées dans le cadre des Accueils de Loisirs à l'exception de : \_\_\_\_\_

Autorise  N'autorise pas La direction de l'ALSH, les animateurs et la Communauté de Communes à prendre en compte toutes les mesures nécessaires en cas d'accidents.

Autorise  N'autorise pas La prise et la diffusion de photos lors d'activités et de sorties.

### PIECES A JOINDRE AU DOSSIER

- Attestation d'assurance (Extra-scolaire ou Responsabilité Civile et Individuelle Accident)
- Photocopie des vaccins du carnet de santé
- Attestation de natation (minimum 25 mètres)

Fait à \_\_\_\_\_,  
le \_\_\_\_\_  
Signature :