



Année scolaire 2020/2021
Dossier Administratif accueil périscolaire et mercredi ALSH

Accueil périscolaire

Mercredi (Accueil de Loisirs)

Dompierre ☎ 06-38-81-45-27

Tramayas ☎ 03-85-40-59-55

La Chapelle du Mt France ☎ 03-85-50-26-41

Trambly ☎ 03-85-50-47-36

Vérovres ☎ 03-85-24-88-95

Matour : Périscolaire et mercredi ☎ 06-89-61-82-12

L'ENFANT

NOM PRENOM
 DATE DE NAISSANCE Garçon Fille
 SCOLARISE A L'ECOLE DE en classe de :

ALLERGIE, DIFFICULTÉS DE SANTE ET CONDUITE À TENIR :

RESPONSABLE DE L'ENFANT

NOM PRENOM.....
 ADRESSE :

ADRESSE E-MAIL (pour transmission des factures et informations) :
 [REDACTED]

☎ FIXE : ☎ PORTABLE 1 :
 ☎ PORTABLE 2 : ☎ TRAVAIL :

REGIME : CAF N° allocataire :
 MSA N° immatriculation :
 Autre préciser :

FAMILLE

	Père	Mère
Nom Prénom		
Profession		
Employeur	Nom : ☎ :	Nom : ☎ :

Composition de la famille (nombre d'enfants à charge) :

Médecin de Famille- Adresse et n° de téléphone :

PERSONNES MAJEURES AUTORISÉES A VENIR CHERCHER L'ENFANT (autres que les parents) :

Qui joindre en cas d'urgence ? En cas de retard ?

1) Nom, prénom (père) : ☎ :
 2) Nom, prénom (mère) : ☎ :

Nommer obligatoirement au moins une autre personne, si parents injoignables :

3) Nom, prénom : ☎ :
 4) Nom, prénom : ☎ :

ASSURANCES (joindre copie des attestations)

• **Assurance Responsabilité Civile OBLIGATOIRE N° Police :**
 Nom et adresse de la Compagnie d'assurance:

• **Assurance individuelle accident (non obligatoire mais fortement conseillée en cas de dommage corporel) N° Police :**
 Nom et adresse de la Compagnie d'assurance:

AUTORISATION

Je, soussigné (e)
 autorise le SEJ à utiliser mon numéro allocataire CAF pour consulter sur le site CAFpro- CDAP de la CAF le montant de mon quotient familial CAF
 Si non communication du numéro CAF le quotient familial retenu est celui >1001
 certifie l'exactitude des renseignements donnés.
 certifie que mon enfant ne présente pas de contre-indication aux activités choisies.
 autorise l'équipe encadrante à faire soigner mon enfant et à prendre toute mesure (y compris hospitalisation, anesthésie et intervention chirurgicale) nécessitée par son état de santé selon les prescriptions du corps médical consulté.
 m'engage à accepter et respecter le règlement intérieur en vigueur de l'accueil périscolaire et/ou de l'alsh du mercredi.

A Le

Signature du représentant légal :