



Fiche d'inscription
Accueils Collectifs de Mineurs
Année scolaire 2020-2021

- Accueil de loisirs Périscolaire**
Accueil de loisirs (Mercredis)
Accueil de loisirs (Vacances)

Nom de l'enfant : **Prénom** :
Date de naissance : Age :
ECOLE :
Classe : Professeur :
Quotient Familial :
N° d'Allocataire :
N° Sécurité Sociale :
Adresse Mail : _____
(en majuscules)

Entourer (Mère ou Père) la personne à facturer

Mère **Père**

Nom	Nom
Prénom	Prénom
Adresse	Adresse
.....
.....
Tel Portable	Tel Portable
Tel Travail	Tel Travail
Situation familiale	Situation familiale
N° Sécurité Sociale	N° Sécurité Sociale

- Angoulême Hors Angoulême

Quartiers :

- | | | |
|--------------------------------------|---|---------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> L'Houmeau | <input type="checkbox"/> Grande Garenne/Sillac/Frégeneuil | <input type="checkbox"/> La Bussatte |
| <input type="checkbox"/> St Cybard | <input type="checkbox"/> Ma Campagne/Petit Fresquet | <input type="checkbox"/> Saint Martin |
| <input type="checkbox"/> Basseau | <input type="checkbox"/> Bel air/La Grand Font | <input type="checkbox"/> Centre Ville |
| <input type="checkbox"/> Victor Hugo | <input type="checkbox"/> La Madeleine | <input type="checkbox"/> Autres |

Si Responsable Légal :

Nom.....Prénom.....
Numéro d'Allocataire.....Quotient Familial.....
Adresse :
N° de sécurité sociale.....



Personnes autorisées ou non autorisées à venir chercher votre enfant :

Nom	Prénom	Téléphone	A	NA

Autorisations :

	Oui	Non
Participer aux sorties		
Droit à l'image (photos, vidéos, article de presse...)		
Intervention/ Urgence Médicale		
Etre transporté en bus		
Rentrer seul au domicile (<u>pour les primaires</u>) Heure :		
Sieste (<u>pour les maternels</u>)		

Repas spéciaux :

- Aucun
- Sans Porc
- P.A.I (joindre justificatif)

Renseignements médicaux :

Votre enfant a-t-il déjà eu les maladies suivantes ?

Rubéole Oui Non	Varicelle Oui Non	Angine Oui Non	Oreillons Oui Non	Scarlatine Oui Non
Coqueluche Oui Non	Otite Oui Non	Rougeole Oui Non	Rhumatisme articulaire Oui Non	

Allergies :

Alimentaire :

.....

Asthme :

.....

Médicaments :

.....



Suis-t-il un traitement médical ?

- Non
- Oui (fournir une ordonnance)

Problèmes de santé/autres :

Recommandations utiles des parents :

Je soussigné(e) M. ou Mme.....

- ✓ M'engage à informer l'accueil périscolaire ou le centre de loisirs de tous les changements de situation (adresse, famille, santé...) concernant mon enfant.
- ✓ Certifie l'exactitude des informations données.
- ✓ Certifie avoir pris connaissance des conditions de fonctionnement de l'accueil périscolaire et/ou du centre de loisirs et m'engage à les respecter.

Date :

Signature :



Documents à fournir obligatoirement : (non agrafés)

- Photocopie du livret de famille (pour les quotients familiaux <600)
- Photocopie de l'assurance de responsabilité civile
- Photocopie de la Carte Vitale
- Photocopie des vaccins de l'enfant
- Photocopie justificatif « CAF » ou autre
- Règlement intérieur signé