**DOSSIER D’INSCRIPTION**

**Année 2015 – 2016**

**1 – Renseignements sur l’Enfant :**

* NOM de l’enfant : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* PRENOM de l’enfant : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* Date de naissance : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* Classe : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ / Nom de l’Enseignant : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* Contre-indication, Allergies (médicamenteuse ou alimentaire), Régime alimentaire particulier :

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**2 – Renseignements sur la Famille :**

* Nom de la Famille : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* Adresse : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

* N° de téléphone fixe : \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **PARENT 1** | **PARENT 2** |
| **Nom:** |  |  |
| **Prénom :**  |  |  |
| **Lien de parenté :**  |  |  |
| **Numéro de portable** | **\_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_** | **\_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_** |
| **Adresse Mail**  |  |  |
| **N° de Sécurité Sociale**  |  |  |
| **N° d’allocataire CAF** |  |  |
| **Profession :** |  |  |
| **Nom de l’Employeur** |  |  |
| **Téléphone employeur** | **\_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_** | **\_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_** |

* **Personne(s) majeure(s) habilitée(s) à venir chercher l’enfant, autre que les parents** :

………………………………………………………………………………………………………………………………………………..

* **Personne(s) à prévenir en cas d’urgence** :

………………………………………………………………………………………………………………………………………………..

**Périscolaire de Sainte-Marie / Léo Lagrange Centre Est**

**14 route de Saint-Julien 25113 Sainte-Marie**

**M. Dimitri LACLEF**

**09-65-28-40-73 / 06-30-79-59-76**

**dimitri.laclef@leolagrange.org**

**Pièces à joindre :**

****

* Fiche sanitaire :
* Attestation d’assurance mentionnant « Activités périscolaires » :
* Photocopie des vaccinations :

**AUTORISATION PARENTALE :**

Nous soussignés, après avoir pris connaissance du fonctionnement général de l’accueil de loisirs, déclarons y souscrire et autoriser notre enfant à participer à toutes les activités prévues.

* Nous déchargeons les organisateurs de :
* Toute responsabilité pour tout accident ou incident qui pourrait survenir en dehors de la présence sur la structure et des sorties proposées.
* Toute responsabilité en cas de perte ou vol d’objet personnel (vêtements, casquettes, CD, jeux…).
* Nous autorisons les organisateurs à prendre les mesures nécessaires en cas d’urgence médicale :

 Oui

 Non

Nom et Coordonnées du Médecin traitant : ………………………………………………………………..

 ………………………………………………………………..

* Nous autorisons la publication des photographies de notre enfant (sur papier ou site Léo Lagrange) :

 Oui

 Non

Fait à Sainte - Marie, le ……………………/ 2015

Signature précédée de la mention « lu et approuvé » :

****

**Périscolaire de Sainte-Marie / Léo Lagrange Centre Est**

**14 route de Saint-Julien 25113 Sainte-Marie**

**M. Dimitri LACLEF**

**09-65-28-40-73 / 06-30-79-59-76**

**dimitri.laclef@leolagrange.org**