

Classe de l'enfant :

Nom et prénom de l'enfant :

Date et lieu de naissance :

Nom et prénom du responsable légal de l'enfant :

Adresse :

Employeur :

Téléphone domicile :

Téléphone portable mère: Téléphone portable père:

Téléphone travail mère : Téléphone travail père :

En cas de divorce ou séparation :

Nom et prénom de l'autre parent exerçant l'autorité parentale.....

Adresse :

Employeur :

Téléphone domicile :

Téléphone portable :

Téléphone travail :

Votre adresse e-mail :

Numéro d'allocataire CAF ou MSA :

N° de sécurité sociale qui couvre l'enfant :

Bénéficiaire de l'Allocation d'Education de l'Enfant Handicapé Oui Non

Jours d'inscription à l'accueil de loisirs périscolaire

	7h30-9h	8h-9h	12h-12h30	12h-14h	13h30-14h	17h-18h	17h-18h30
Lundi							
Mardi							
Mercredi				/	/	/	/
Jeudi							
Vendredi							
<u>INSCRIPTION TAP</u>	Le vendredi de 14h à 17h			OUI		NON	

RENSEIGNEMENTS MEDICAUX

L'enfant suit-il un traitement ? Oui Non

Si oui, joindre une ordonnance récente des médicaments correspondants (Boîte de médicaments dans l'emballage d'origine marqué au nom de l'enfant avec la notice)

Tous changements concernant un traitement doit-être signalé à la Direction

Vaccins obligatoires

Diphtérie oui non dernier rappel le.....

Tétanos oui non dernier rappel le.....

Poliomyélite oui non dernier rappel le.....

Ou DT Polio oui non dernier rappel le.....

Ou Tetracoq oui non dernier rappel le.....

Vaccins recommandés

Hépatite B oui non dernier rappel le.....

Rubéole, Oreillon, Rougeole oui non dernier rappel le.....

Coqueluche oui non dernier rappel le.....

Allergies

Asthme oui non Précisez :.....

Alimentaire oui non Précisez :.....

Précisez la conduite à tenir.....

Recommandations des parents :.....

**PERSONNES AUTORISEES A RETIRER L'ENFANT A L'ACCUEIL DE LOISIRS
PERISCOLAIRE POUR L'ANNEE 2015-2016**

**LES PERSONNES AUTORISEES A RETIRER L'ENFANT DEVRONT ETRE
MAJEURES ET PRESENTER UNE PIECE D'IDENTITE**

NOM :
PRENOM :
DATE DE NAISSANCE :
TELEPHONE :

NOM :
PRENOM :
DATE DE NAISSANCE :
TELEPHONE :

NOM :
PRENOM :
DATE DE NAISSANCE :
TELEPHONE :

NOM :
PRENOM :
DATE DE NAISSANCE :
TELEPHONE :

DEMANDE DE TARIFS REDUITS

Vous pouvez bénéficier d'un tarif réduit si votre quotient familiale et inférieur à 1201 Euros

Je demande à bénéficier d'un tarif réduit et autorise l'Accueil de Loisirs Périscolaire à consulter mon Quotient Familial sur CAFPRO

Opter vous pour :

- Une facturation mensuelle**
- Prélèvement mensuel automatique**

Fait à CANOHES, le

Nom et signature du responsable légal de l'enfant

Pièces à fournir dans le dossier d'inscription:

- * Numéro d'allocataire CAF
- * Attestation d'assurance scolaire / extrascolaire
- * Si prélèvement automatique mensuel joindre un RIB