



NOM et Prénom(s) du (ou des) enfant(s) :

[A retourner avant le 15 juillet 2024](#)

ATTENTION – Si votre dossier est incomplet au 30/09/2024, votre enfant ne sera plus inscrit

DOSSIER D'INSCRIPTION 2024-2025
Accueil périscolaire
CHAUDEFONDS SUR LAYON

LES ENFANTS	<p>NOM :Prénom.....</p> <p>Date de naissance :</p> <p>NOM :Prénom.....</p> <p>Date de naissance :</p> <p>NOM :Prénom.....</p> <p>Date de naissance :</p>
LA FAMILLE	<p><u>Tuteur 1</u> NOM :Prénom :</p> <p><input type="checkbox"/> domicile : <input type="checkbox"/> portable :</p> <p>Profession :</p> <p>Employeur..... <input type="checkbox"/> travail :</p> <p><u>Tuteur 2</u> NOM :Prénom :</p> <p><input type="checkbox"/> domicile : <input type="checkbox"/> portable :</p> <p>Profession :</p> <p>Employeur..... <input type="checkbox"/> travail :</p> <p><u>Adresse mail :</u></p> <p><u>ADRESSE DU DOMICILE</u></p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>Quotient familial (joindre justificatif) :</p> <p><u>En cas d'absence de justificatif, le tarif correspondant au quotient familial le plus élevé sera appliqué.</u></p> <p>N° d'allocataire* (obligatoire) <input type="checkbox"/> CAF ou <input type="checkbox"/> MSA :</p> <p>* cocher la case correspondante <input type="checkbox"/> Autres régimes :</p>
SANTÉ	<p>Médecin traitant :</p> <p>Adresse : <input type="checkbox"/></p> <p>Renseignements utiles concernant la santé de l'enfant (allergies, opérations récentes, asthme) :</p> <p>.....</p>

Madame, Monsieur ----- père, mère ou tuteur légal autorise le personnel de l'accueil de loisirs à photographier ou à filmer librement mon enfant dans le cadre des activités de la structure.

Oui Non



Chaudefonds sur Layon

NOM et Prénom(s) du (ou des) enfant(s) :

HORAIRES SOUHAITÉS		
	MATIN	APRES-MIDI
LUNDI		
MARDI		
MERCREDI		
JEUDI		
VENDREDI		

HORAIRES D'OUVERTURE DE L'ACCUEIL

Matin : de 7h15 (ou 7 h sur demande écrite) à 8h25
Mercredi : de 7h15 à 13h15
Après-midi : de 16h30 à 18h30 (ou 18 h 40 sur demande)

L'enfant fréquentera l'accueil : Occasionnellement régulièrement

Préciser, si possible :
.....

A REMPLIR OBLIGATOIREMENT :

Merci de bien vouloir indiquer ci-dessous les personnes susceptibles de venir chercher votre enfant à l'accueil périscolaire.

NOM : Prénom :

Adresse :
☎

NOM : Prénom :

Adresse :
☎

Si personne n'est venu prendre votre enfant à la fermeture de l'accueil périscolaire à 18h40, nous prendrons contact avec les personnes citées au dessus.

Je soussigné, Melle, Mme, M.,, mère, père, tuteur* (* Rayer la mention inutile), responsable légal de l'enfant..... :

- Déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche,
- Autorise l'équipe d'animation à faire soigner mon enfant et à faire pratiquer les interventions d'urgence, éventuellement sous anesthésie générale suivant les prescriptions du médecin,
- Je m'engage à payer les frais médicaux, d'hospitalisation et d'opérations éventuels, incombant à la famille.

Date de la demande :
Signature des parents

Pièces à joindre :

- Copie carnet de vaccination (par enfant)
- Attestation d'assurance scolaire
- Justificatif quotient familial