



Fiche d'inscription Juillet 2022 à Août 2024

Nom : Prénom : Ecole de :
Né(e) le / / A..... Classe :
Sexe : Féminin Masculin

RESPONSABLE LEGAL ET ADRESSE DE FACTURATION

Nom du/des responsable(s)*:

Téléphone : Mail :

Adresse:

.....
.....

Situation de famille : Célibataire Marié Divorcé Séparé
 Veuf (Veuve) Vie maritale

* Dans le cas où il y a 2 responsables légaux avec 2 adresses différentes, merci de l'écrire sur un papier libre

LES PARENTS

<i>NOM</i>		
<i>NOM de jeune fille</i>		
<i>Prénom</i>		
<i>Né(e) le</i>		

<i>N° de portable</i>		
-----------------------	--	--

<i>Profession</i>		
<i>Employeur</i>		
<i>Adresse</i>		
<i>Téléphone</i>		

<i>Régime : CAF</i>	N° allocataire :	N° allocataire :
<i>Régime : MSA</i>		
<i>Quotient Familial</i>		
<i>N° Sécurité social</i>		

Allocataire CAF ou MSA avec Réduction de Tarif Vacances Loisirs (Les amener)

ADMR de Castillonnès – CASTIDROLE Accueil de Loisirs et Périscolaire

183 Rue de l'Ancienne Gare • 47330 Castillonnès

Tél. : 05 53 36 93 11 • www.fede47.admr.org • castidrole@orange.fr

ADMR - Association loi 1901 regroupant 3 350 associations locales agréées (L7231 -1 du Code du Travail)



AUTRE ENFANTS

L'enfant a-t-il des frères et sœurs ? Oui Non

Si oui, prénom et âge des frères et sœurs :

DEPLACEMENT DE L'ENFANT

Autorisation de retour seul : Non Oui, à quelle heure

Personne habilitée à venir chercher l'enfant

Téléphone de cette personne :

Transport pendant les vacances Oui Non si oui départ de : Issigeac ou Plaisance

Transport pour les mercredis Oui Non si oui départ de : Issigeac ou Plaisance

ASSURANCE

Votre enfant est-il assuré : oui non

Par quelle compagnie :

Numéro de contrat :

INFORMATIONS MEDICALE

Médecin : Téléphone : Adresse :

Observations particulières (traitement médical, régime alimentaire, allergies, asthme, baignade, énurésie, lunettes...).

PAI Dossier MDPH Handicap Autre

Précisez la cause de l'allergie et la conduite à tenir

.....
.....
.....

Je soussigné(e)

- Autorise mon enfant à participer à toutes les activités (culturelles, sportives, etc.) ainsi qu'aux diverses sorties proposées par le centre de loisirs.
- J'autorise le Directeur à faire donner tous les soins médicaux qui s'avèreraient nécessaires, et, à rembourser l'intégralité des frais médicaux consécutifs.
- Autorise l'équipe d'encadrement du centre de loisirs, à diffuser les photos de mon enfant.

Je certifie que mon enfant a subi les vaccinations nécessaires.

Fait à

Le

Signature des parents

Ou du tuteur légal

Photo de l'enfant



Réservé à la Direction

- Photocopie des vaccins
- Attestation de couverture sociale
- Attestation d'assurance responsabilité civile
- Fiche CAF ou MSA indiquant votre QF et numéro d'allocataire
- Photocopie dernière feuille imposition pour MSA et sans aide CAF