

1. L'ENFANT

Nom: Prénom

Date de naissance: Lieu: sexe : M F

Etablissement scolaire : Classe :

2. ETAT CIVIL DES RESPONSABLES

	Responsable 1	Responsable 2	Autre (grands-parents, famille d'accueil...)
Nom
Prénom
Adresse
Profession
Tél dom.
Tél port.
Tél prof.
e-mail
Adresse de facturation (si différente de l'adresse du responsable légal) :			

Résidence de l'enfant :

Chez les parents ou chez la mère ou chez le père ou autre (préciser).....

Autorité parentale conjointe oui non Si non, joindre photocopie du jugement

n° d'allocataire CAF :

ou n° MSA :

Si vous ne percevez pas d'allocations familiales, de quel régime de sécurité sociale dépendez-vous :

Etes-vous bénéficiaire d'une aide aux temps libre CAF ou MSA : oui non

Joindre le justificatif pour application du tarif, QF :

3. AUTORISATIONS

Je soussigné(e).....,

- Autorise mon enfant à participer aux activités proposées par la CCHB dans le cadre de l'ALSH. oui non
- Autorise mon enfant à prendre un moyen de transport commun pour les sorties pédagogiques. oui non
- Autorise le responsable des activités à faire soigner et pratiquer les interventions d'urgence par le médecin consulté. oui non
- Assure que mon enfant ne présente aucune contre-indication à la pratique des activités proposées (sport etc...) oui non
- Autorise mon enfant à rentrer seul à son domicile : oui non

- Autorise les personnes citées ci-dessous à venir récupérer mon enfant à l'ALSH (pensez à vous munir d'une carte d'identité) :

Nom Prénom	Adresse	Téléphone
.....
.....
.....

Contact d'urgence à appeler en dehors des parents : Nom Prénom : Téléphone :

A pris connaissance et accepte le règlement intérieur ci-joint.

Atteste sur l'honneur l'exactitude des informations transmises ci-après.

Fait le..... à.....

Signatures du ou des responsables légaux :

Cadre réservé à l'administration : Date de réception de l'inscription :

