



Nom de l'enfant :

Nom de la structure : ALSH Maurs-St Etienne de Maurs

Prénom de l'enfant :

Sexe :

Ecole :

Date de naissance :

Classe :

Né(e) à :

Taille :

Date inscription :

Pointure :

N° ADH :

Nage t-il :

Brevet Nat. :

Certificat médical :

Autorisation d'intervention médical :

Médecin traitant :

Autorisation de Filmer : Autorisation de rentrer seul :

Lieu d'hospitalisation :

Autorisation de transport en véhicule / minibus :

CAF :

Type de repas :

Allergie repas:

Votre enfant est-il bénéficiaire de l'Allocation d'Education de l'Enfant Handicapé (AEEH)?

Si oui, merci de nous fournir la notification

Personnes à prévenir en cas d'accident	Personnes habilitées à récupérer l'enfant
.....
.....
.....

Nom du responsable :

Prénom du responsable :

Situation familiale :

Email :

Adresse :

Ville :

Quartier :

Tél. Domicile :

Tél. Professionnel :

Tél. Portable :

N° de secu :

Centre de sécu :

N° poste :

Employeur :

Profession :

CAF :

N° CAF : Autorisation CAF Partenaire:

Régime :

N° :

Quotient :

Autorisation consultation QF - CAF : oui / non

PARENT 1 : Nom :

Prénom :

Email :

Adresse :

Ville :

Tél. Domicile :

Tél. Professionnel :

Tél. Portable :

Employeur :

Profession :

PARENT 2 : Nom :

Prénom :

Email :

Adresse :

Ville :

Tél. Domicile :

Tél. Professionnel :

Tél. Portable :

Employeur :

Profession :

Observations :

Je soussigné(e) déclare exacts les renseignements notifiés ci-dessus et déclare avoir pris connaissance et accepté le règlement intérieur (horaires, modalités d'inscriptions, de paiement, d'informations sur l'acquisition d'une assurance individuelle accident...) de l'ALSH de Maurs-St Etienne de Maurs.

Fait à, le :/...../.....

Signature