

Communauté de Communes

Forterre Val d'Yonne

Accueil de Loisirs Les P'tits Loups

Place de l'Hotel de Ville – 89480 COULANGES SUR YONNE

Tél. 03 86 81 84 99 - Portable : 06 35 38 38 46

Mail : ccfvy.centredeloisirs@orange.fr

Cadre réservé

Dossier Complet :

- Dossier
- Fiche sanitaire de liaison
- Un certificat médical de moins d'un an
- Une attestation d'assurance responsabilité civile
- En cas de séparation, jugement précisant le ou les titulaire(s) de l'autorité parentale
- Règlement intérieur signé

**FICHE D'INSCRIPTION**  
**CENTRE DE LOISIRS/ ACCUEIL PERISCOLAIRE**  
**ECOLE MULTI-SPORTS/NOUVELLES ACTIVITES PERISCOLAIRES**  
**Année 2016/2017**

■ **ENFANT (S) :**

Nom : ..... Prénom : .....

Date de naissance : ..... sexe :  M  F

Ecole fréquentée : ..... classe : .....

Nom : ..... Prénom : .....

Date de naissance : ..... sexe :  M  F

Ecole fréquentée : ..... classe : .....

Nom : ..... Prénom : .....

Date de naissance : ..... sexe :  M  F

Ecole fréquentée : ..... classe : .....

**POLES D'INSCRIPTION**

Coulanges sur Yonne

Ouane

Courson les Carrières

Andryes

**INSCRIPTION PAR POLE D'ACTIVITES\***

	ANDRYES	COULANGES	COURSON	OUANNE
Nouvelles Activités Périscolaires				
Centre de loisirs mercredi				
Centre de loisirs vacances				
Ecole Multisports				
Accueil Périscolaire matin				
Accueil Périscolaire soir				

\*Avant chaque période d'ouverture excepté pour l'école multisports, il vous sera demandé le détail des jours d'inscription, de la prise ou non des repas, par l'intermédiaire du formulaire joint au programme ou en nous rendant un planning écrit détaillé des présences de vos enfants.

■ **PARENTS ET RESPONSABLES LEGAUX :**

Mr, Mme, Melle.....

Adresse : .....

Tel domicile : .....

Adresse mail : .....

	Père <i>Autorité parentale : <input type="checkbox"/></i>	Mère <i>Autorité parentale : <input type="checkbox"/></i>
NOM Prénom		
Profession		
Portable		
Adresse professionnelle		
Téléphone professionnel		

Numéro sécurité sociale : .....

Régime allocataire :     Caf                                     MSA                                     Autres .....

Numéro allocataire (à renseigner même si vous n'avez pas de prestations) : .....

Nom et adresse Compagnie d'assurance Responsabilité civile familiale : .....

.....

N° de police d'assurance : .....

Situation familiale :     mariés                                     vie maritale                                     célibataire  
 divorcé                                     séparés                                     veuf (s)

*En cas de séparation ou divorce, fournir le jugement précisant le ou les titulaire(s) de l'autorité parentale*

**▪ Personne à prévenir en cas d'urgence :**

Pour chaque personne, précisez : Nom, Prénom, lien avec l'enfant, N° de téléphone :

1°) .....

2°) .....

**▪ ARRIVEE ET SORTIE DE L'ENFANT :**

<b>AUTORISATION DE SORTIE</b>		
J'autorise mon enfant à quitter seul l'accueil /le bus : <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non		
Quelles personnes sont autorisées à récupérer votre enfant ?		
Personne N°1	Personne N°2	Personne N° 3
Nom	Nom	Nom
Adresse	Adresse	Adresse

**▪ AUTORISATION DE L'IMAGE :**

J'autorise l'accueil de loisirs à prendre des photos et/ou à filmer mon enfant et à utiliser ces photos dans le cadre de la présentation et exposition des activités réalisées par le centre de loisirs.     oui     non

J'autorise l'accueil de loisirs à prendre des photos de mon enfant en vue d'une publication de communication dans les médias existants sur le territoire.                                     oui     non

**▪ AUTORISATIONS :**

Je soussigné (e) Nom : ..... Prénom : .....  
responsable de l'enfant .....

➤  autorise                                     n'autorise pas

Les responsables de l'accueil de loisirs à faire procéder à toute intervention et/ou hospitalisation concernant mon (mes) enfant(s)

Dans le cas où je n'accorde pas cette autorisation, je dégage les responsables du centre de loisirs de toutes responsabilités.

- à récupérer mon enfant au centre hospitalier après une intervention médicale sans gravité.
- Autorise mon enfant à participer à toutes les activités proposées, sauf contre indication écrite de ma part.
- Déclare avoir pris connaissance du règlement intérieur de la structure et m'engage à le respecter.
- Je soussigné (e) déclare exact les renseignements notifiés.

Fait à \_\_\_\_\_, le \_\_\_\_\_

Signature