



**Année scolaire 2019/2020**  
**Dossier Administratif accueil périscolaire et mercredi ALSH**

**Accueil périscolaire**

**Mercredi (Accueil de Loisirs)**

Dompierre ☎ 06-38-81-45-27

Tramayes ☎ 06-30-32-07-26

La Chapelle du Mt France ☎ 03-85-50-26-41

Trambly ☎ 03-85-50-47-36

Vérosvres ☎ 03-85-24-88-95

Matour : Périscolaire et mercredi ☎ 06-89-61-82-12

**L'ENFANT**

NOM ..... PRENOM .....

DATE DE NAISSANCE ..... Garçon  Fille

SCOLARISE A L'ECOLE DE ..... en classe de : .....

ALLERGIE, DIFFICULTÉS DE SANTE ET CONDUITE À TENIR :

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

**RESPONSABLE DE L'ENFANT**

NOM ..... PRENOM.....

ADRESSE : .....

.....

ADRESSE E-MAIL:.....

☎ FIXE : ..... ☎ PORTABLE 1 : .....

☎ PORTABLE 2 : ..... ☎ TRAVAIL : .....

**REGIME** :  CAF N° allocataire : .....

MSA N° immatriculation : .....

Autre préciser : .....

**FAMILLE**

	Père	Mère
Nom Prénom		
Profession		
Employeur		

Composition de la famille (nombre d'enfants à charge) : .....

Médecin de Famille- Adresse et n° de téléphone : .....

.....

**PERSONNES MAJEURES AUTORISÉES A VENIR CHERCHER L'ENFANT (autres que les parents) :**

.....  
 .....

**Qui joindre en cas d'urgence ? En cas de retard ?**

1) Nom, prénom (père) : ..... ☎ : .....

2) Nom, prénom (mère) : ..... ☎ : .....

**Nommer obligatoirement au moins une autre personne, si parents injoignables :**

3) Nom, prénom : ..... ☎ : .....

4) Nom, prénom : ..... ☎ : .....

**ASSURANCES (joindre copie des attestations)**

• **Assurance Responsabilité Civile OBLIGATOIRE N° Police :** .....

Nom et adresse de la Compagnie d'assurance: .....

.....

..... ☎ : .....

• **Assurance individuelle accident (non obligatoire mais fortement conseillée en cas de dommage corporel) N° Police :** .....

Nom et adresse de la Compagnie d'assurance: .....

.....

..... ☎ : .....

**AUTORISATION**

Je, soussigné ( e ) .....  
 autorise le SEJ à utiliser mon numéro allocataire CAF pour consulter sur le site CAFpro- CDAP de la CAF le montant de mon quotient familial CAF  
 Si non communication du numéro CAF le quotient familial retenu est celui >1001  
 certifie l'exactitude des renseignements donnés.  
 certifie que mon enfant ne présente pas de contre-indication aux activités choisies.  
 autorise l'équipe encadrante à faire soigner mon enfant et à prendre toute mesure (y compris hospitalisation, anesthésie et intervention chirurgicale) nécessitée par son état de santé selon les prescriptions du corps médical consulté.  
 m'engage à accepter et respecter le règlement intérieur en vigueur de l'accueil périscolaire et/ou de l'alsh du mercredi.

A ..... Le .....

Signature du représentant légal :