



**Année scolaire 2018/2019**  
**Dossier Administratif accueil périscolaire et mercredi ALSH**

**Accueil périscolaire**

**Mercredi (Accueil de Loisirs)**

Dompierre ☎ 06-38-81-45-27      Tramayes ☎ 03-85-50-58-11  
 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) : .....

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

**PERSONNES AUTORISÉES A VENIR CHERCHER L'ENFANT :** .....

**Qui joindre en cas d'urgence ?**

1) Nom, prénom : ..... ☎ : .....  
 2) Nom, prénom : ..... ☎ : .....  
 3) Nom, prénom : ..... ☎ : .....

**ASSURANCES**

• **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 :