



INSCRIPTION ACCUEIL DE LOISIRS

« Les Petits Filous » 2026/2027

Téléphone : 07.76.86.84.34

Mail : alsh@allassac.fr

CADRE RESERVE A L'ADMINISTRATION

Date échéance assurance :/...../20...

Observations :

Pièces justificatives à joindre au dossier : (tout dossier incomplet ne sera pas traité)

- Fiche d'inscription + fiche sanitaire de liaison
- Attestation de mise à jour des vaccins faite par le médecin traitant ou copie des pages vaccinations du carnet de vaccination
- Attestation d'assurance extra-scolaire de l'enfant. Attention l'attestation d'assurance ne mentionne pas toujours les périodes « extrascolaires ».
- Pour les familles concernées, la notification MDPH ou l'attestation de paiement AEEH de la CAF.
- Numéro allocataire CAF/MSA
- Pour les familles concernées, le Pass'ALSH
- Avis d'imposition
- Pour les familles concernées, attestation pour activités nautiques (brevet de natation, savoir nager etc..)

Merci de transmettre ce dossier par mail (alsh@allassac.fr) ou directement en main propre seulement à la directrice de l'accueil de loisirs.

UNE INSCRIPTION NE DONNE PAS LIEU À UNE RÉSERVATION

Renseignements relatifs à l'enfant :

Nom Prénom	
Date de Naissance	
Allocataire :	☐ CAF N° : ☐ MSA N° :

Ecole et Classe Fréquentée à la rentrée 2026

Classe : Maternelle : TPS ☐ PS ☐ MS ☐ GS ☐ Elémentaire : CP ☐ CE1 ☐ CE2 ☐ CM1 ☐ CM2 ☐

Famille

Représentant légal 1 :

☐ Père ☐ Mère ☐ Autre :

Nom-Prénom :

Téléphone :

Adresse :

CP :Commune :

Mail :

Employeur : Tel :

Représentant légal 2 :

☐ Père ☐ Mère ☐ Autre :

Nom-Prénom :

Téléphone :

Adresse :

CP :Commune :

Mail :

Employeur : Tel :

En cas de séparation ou de divorce, la garde est assurée par : Le représentant 1 ☐ Le représentant 2 ☐
Garde alternée ☐

Si l'un des représentants n'est pas autorisé à venir chercher l'enfant, fournir le jugement obligatoirement.

	Nom –Prénom	Lien de parenté	Téléphone
Personnes autorisées à venir chercher l'enfant (avec une carte d'identité)			

J'autorise une personne mineure (à partir de 11/12 ans) à venir chercher mon enfant avec sa pièce d'identité :

Nom..... Prénom
Lien avec l'enfantTel domicile.....Tel portable.....

Renseignements sur la santé de l'enfant

Nom du médecin traitant : tél :
Votre enfant présente-t-il des troubles de la santé ou des allergies : ☐ Oui ☐ Non
Si oui merci de préciser :
Un projet d'Accueil Individualisé (PAI) a-t-il été mis en place avec le médecin : ☐ Oui ☐ Non
Votre enfant a-t-il un régime alimentaire particulier : ☐ Oui ☐ Non
Si oui merci de préciser :
Votre enfant est-il porteur de handicap ☐ Oui/ ☐ Non, si oui bénéficiez-vous de l'AEEH ? : ☐ Oui/ ☐ Non

Autorisations

Nom et prénom du demandeur : représentant légal de l'enfant :

- Autorise mon enfant à effectuer des déplacements, à pied ou en bus liés à des besoins de service que ce soit les mercredis ou les jours de vacances scolaires. Oui ☐ Non ☐
- Autorise mon enfant accidenté ou malade à être transporté et hospitalisé par les services de secours d'urgence vers l'hôpital le mieux adapté. La famille sera immédiatement avertie par nos soins. Oui ☐ Non ☐
- Autorise le personnel à photographier, à filmer ou à enregistrer mon enfant et à diffuser l'image pour la présentation des activités dans : la presse, expositions, site internet de la commune et page Facebook privée (cette page est ouverte uniquement aux parents dont les enfants sont inscrits à l'accueil). Oui ☐ Non ☐
- Autorise mon enfant à participer à l'activité maquillage et à être maquillé. Oui ☐ Non ☐
- Je déclare que mon enfant est en bonne santé et a reçu les vaccinations réglementaires lui permettant de s'adapter à la vie en collectivité. Oui ☐ Non ☐

L'absence de réponse sera considérée comme une réponse négative.

Je déclare avoir pris connaissance des conditions d'inscription et de fonctionnement et accepté le règlement intérieur.

Je certifie être informé(e) que, en cas d'urgence, les services de secours seront contactés et que des mesures pourront être prises, y compris l'hospitalisation.

J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements fournis ci-dessus et je m'engage à signaler toute modification concernant la santé de l'enfant, un changement d'adresse ou un numéro de téléphone.

Fait à

le

Signature obligatoire du et ou des représentant légaux (en cas de garde partagée de l'enfant).