

### CENTRE DE LOISIRS

Date : du 26/12/17 au 5/01/18 - Horaires d'ouverture de 9h30 à 17h ou de 9h30 à 12h et de 13h30 à 17h

Lieu : 3/11 ans Ecole Rostand

#### Identité de l'enfant

Nom : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_

Date et lieu de naissance : \_\_\_\_\_ à \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_

Ecole fréquentée : \_\_\_\_\_ Classe : \_\_\_\_\_

#### Modalités d'inscription

- Séjour complet  ou du \_\_\_\_\_ au \_\_\_\_\_
- Cantine
- Garderie matin
- Garderie soir

#### Identité des parents

**Père**

Nom : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_

Profession : \_\_\_\_\_

Téléphone personnel ou portable : \_\_\_\_\_ Téléphone professionnel : \_\_\_\_\_

**Mère**

Nom : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_

Profession : \_\_\_\_\_

Téléphone personnel ou portable : \_\_\_\_\_ Téléphone professionnel : \_\_\_\_\_

**Autre personne autorisée à venir chercher l'enfant :** \_\_\_\_\_

#### Renseignements complémentaires

- Autorisation à participer aux différentes activités de l'accueil de loisirs
- Engagement à la fréquentation de façon régulière et sans interruption pendant les jours de fonctionnement
- Signalement que l'état général de l'enfant lui permet de suivre normalement les activités
- Autorisation donnée au directeur de l'accueil à prendre toutes dispositions nécessaires en cas d'accident grave

Nom et téléphone du médecin traitant : \_\_\_\_\_

#### Renseignements administratifs

**Allocations familiales** : CAF : N° : \_\_\_\_\_

Union Régionale N° : \_\_\_\_\_

**Assurance des parents** : Sécurité Sociale N° : \_\_\_\_\_

Société minière N° : \_\_\_\_\_

**Assurance complémentaire** : Organisme : \_\_\_\_\_

Fait à Leforest, Le :

Signature des parents ou du tuteur légal :

**DOCUMENT A RETOURNER EN MAIRIE AU SERVICE ENFANCE, EN Y JOIGNANT LE REGLEMENT  
INSCRIPTIONS AU SERVICE ENFANCE - DATE LIMITE : 15 décembre  
(Toute demande incomplète ne sera pas retenue)**