

Un dossier par parent pour les enfants "en garde alternée" est recommandé.

	ENFANT 1	ENFANT 2	ENFANT 3
NOM PRÉNOM
DATE DE NAISSANCE / / / / / /
CLASSE NOM DE L'INSTIT
REGIME SANS VIANDE	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
AUTORISÉ(E) À SORTIR SEUL(E)	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
DISPOSE D'UN P.A.I. (si oui, le fournir)	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
INSCRIPTION ACCUEIL DE LOISIRS	<input type="checkbox"/> MERCREDIS <input type="checkbox"/> VACANCES	<input type="checkbox"/> MERCREDIS <input type="checkbox"/> VACANCES	<input type="checkbox"/> MERCREDIS <input type="checkbox"/> VACANCES
INSCRIPTION AUX ACTIVITÉ(S) RÉGULIÈRE(S) LÉO LAGRANGE	ACTIVITÉ(S) : JOUR/HORAIRES :	ACTIVITÉ(S) : JOUR/HORAIRES :	ACTIVITÉ(S) : JOUR/HORAIRES :

PERSONNES AUTORISÉES À RECUPÉRER LES ENFANTS (AUTRE QUE LES PARENTS)

NOM	PRÉNOM	TÉLÉPHONE

PARENT 1

NOM :

PRENOM :

DATE DE NAISSANCE :/...../.....

ADRESSE POSTALE :

CODE POSTAL :

VILLE :

TEL PERSONNEL :

TEL TRAVAIL :

PROFESSION :

EMPLOYEUR :

SITUATION FAMILIALE

AVEC LE PARENT 2 :

- | | |
|--------------------------------------|-------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Concubin(e) | <input type="checkbox"/> Divorcé(e) |
| <input type="checkbox"/> Marié(e) | <input type="checkbox"/> Séparé(e) |
| <input type="checkbox"/> Pacsé(e) | <input type="checkbox"/> Veuf/veuve |

MAIL (EN MAJUSCULES):

.....

PARENT 2

NOM :

PRENOM :

DATE DE NAISSANCE :/...../.....

ADRESSE POSTALE :

CODE POSTAL :

VILLE :

TEL PERSONNEL :

TEL TRAVAIL :

PROFESSION :

EMPLOYEUR :

MAIL (EN MAJUSCULES):

.....

NOM ET N°ASSURANCE RESPONSABILITE CIVILE :

QUOTIENT FAMILIAL : N°ALLOCATAIRE CAF :

NOMBRE D'ENFANTS À CHARGE :

J'autorise toute personne responsable de l'activité à laquelle participe mon enfant à prendre les mesures qu'elle jugerait utiles dans le cas où mon enfant aurait besoin de soins urgents.

Je certifie avoir pris connaissance du règlement intérieur (à l'accueil ou sur site internet) et autorise Léo Lagrange Moirans à saisir les informations personnelles et médicales nécessaires à l'inscription aux activités des membres de ma famille.

Autorisez-vous l'équipe de Léo Lagrange à photographier et diffuser l'image de vos enfants dans le cadre strict de la communication Léo Lagrange ou de la ville?

OUI NON

A MOIRANS, LE

SIGNATURE PARENTALE
OBLIGATOIRE

