



DOSSIER D'INSCRIPTION
CENTRE DE LOISIRS DES ANIMATIONS FRANCAS DE PAU
31, avenue Honoré Baradat 64000 PAU - Tél : 05.59.90.32.50

CENTRE DE LOISIRS :

ECOLE :

L'ENFANT	
NOM :	Prénom :
Date de Naissance :	Sexe : Fille <input type="checkbox"/> Garçon <input type="checkbox"/>
ADRESSE (si différente du foyer) :	
N°	Voie
CP	Ville
LE FOYER DE L'ENFANT	
Père <input type="checkbox"/> Mère <input type="checkbox"/> Autre :.....	Père <input type="checkbox"/> Mère <input type="checkbox"/> Autre :.....
NOM	NOM
Prénom :	Prénom :
ADRESSE :	
N°	Voie
Complément :	
CP	Ville
TEL PORTABLE	TEL PORTABLE
TEL PRO	TEL PRO
MAIL	MAIL
PROFESSION	PROFESSION
EMPLOYEUR	EMPLOYEUR
TEL FIXE	TEL FIXE
RENSEIGNEMENTS ADMINISTRATIFS	
Nom de l'allocataire :	
N° CAF (sur lequel est rattaché l'enfant):	QF : Aide au Temps Libre : OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>
N° MSA (sur lequel est rattaché l'enfant):	QF : Bon Vacances : OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>
Etes-vous suivi par un travailleur social ? OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> Si oui merci d'indiquer son nom ainsi que le nom de l'organisme :	
PERE (si différent du foyer)	MERE (si différent du foyer)
NOM	NOM
Prénom :	Prénom :
TEL PORTABLE	TEL PORTABLE
TEL PRO	TEL PRO
MAIL	MAIL
TEL FIXE	TEL FIXE
PROFESSION	PROFESSION
EMPLOYEUR	EMPLOYEUR
Autorité parentale conjointe : OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> Si non, prendre contact avec le ou la responsable du centre de loisirs. Attention : dans le cas d'une garde partagée, si vous souhaitez une facturation séparée, chaque parent doit fournir une fiche d'inscription.	

RENSEIGNEMENTS SANITAIRES :

Fournir obligatoirement une photocopie du vaccin DTP à jour.

NOM DU MEDECIN TRAITANT : TELEPHONE :

Votre enfant présente-t-il des troubles de la santé ? OUI NON

Si oui, lesquels ?

Votre enfant fait-il l'objet d'un PAI (Projet d'Accueil Individualisé) ? OUI NON

Si oui, veuillez joindre une copie du PAI et prendre contact avec le ou la responsable du centre de loisirs.

Votre enfant est-il en situation de handicap ? OUI NON

Si oui, veuillez joindre une copie une copie de l'attestation de la MDPH et prendre contact avec le ou la responsable du centre de loisirs.

Repas Végétarien occasionnel
Végétarien

Autres recommandations des parents :

AUTORISATIONS :

- J'autorise mon enfant à participer aux sorties (piscine, cinéma, théâtre...) : OUI NON
Si votre enfant a obtenu l'attestation PAAN (Pratique d'Activités Aquatiques et Nautiques), merci de la joindre au dossier)
- J'autorise que mon enfant soit pris en photo (et/ou vidéos) dans le cadre des activités du Centre de Loisirs ou des Camps. Ces images sont parfois utilisées pour la promotion de notre Association notamment sur notre site internet et nos plaquettes. OUI, j'accepte NON, je refuse
- J'autorise les personnes mentionnées ci-dessous à venir récupérer mon enfant. Elles devront se munir d'une pièce d'identité.

AUTRES PERSONNES AUTORISEES A VENIR CHERCHER L'ENFANT (DONNER OBLIGATOIREMENT UN CONTACT)	
NOM :	NOM :
Prénom :	Prénom :
Lien de parenté :	Lien de parenté :
TEL FIXE :	TEL FIXE :
TEL PORTABLE :	TEL PORTABLE :

- Je certifie avoir pris connaissance des modalités de fonctionnement des centres de loisirs ainsi que du règlement intérieur de l'association des Animations Francas de Pau.
- J'autorise la direction du centre de loisirs à prendre, le cas échéant, toutes mesures rendues nécessaires par l'état de santé de l'enfant (médecin, hospitalisation...).
- J'atteste l'exactitude des renseignements portés sur ce document et je m'engage à faire connaître à l'organisateur toutes modifications éventuelles.

Fait à le

Signature du ou des parents :

Un délai de 48H peut-être nécessaire pour la saisie du dossier.

Cadre réservé à l'association : Adhésion Saisie ICAP Scan Vaccins