



# ALSH Les Floralties



Année scolaire 2011/2012

Dossier d'inscription annuel n° ..... Reçu le .../.../.....

## ENFANT

NOM : .....  
 PRÉNOM : .....  
 Date de naissance : ...../...../.....  
 École : ..... Classe : .....  
 N° de sécurité sociale : /\_/\_/\_/\_/\_/\_/\_/\_/\_/\_/\_/\_/\_/\_/\_/ /\_/\_/ /\_/\_  
 N° Allocataire CAF : ..... Quotient familial : .....



Responsable légal :  père  mère  tuteur légal

NOM : ..... PRÉNOM : .....  
 Adresse : .....  
 Code postal ..... Ville .....  
 Téléphone fixe : ..... Téléphone portable : .....  
 Adresse mail : .....@.....  
 Situation familiale :  célibataire /  marié(e) /  pacsé(e) /  vie maritale  
 divorcé(e) /  séparé(e) (joindre l'ordonnance du juge si nécessaire) /  veuf, veuve  
 Profession : ..... Téléphone professionnel : .....  
 Coordonnées employeur : .....

Responsable légal :  père  mère  tuteur légal

NOM : ..... PRÉNOM : .....  
 Adresse : .....  
 Code postal ..... Ville .....  
 Téléphone fixe : ..... Téléphone portable : .....  
 Adresse mail : .....@.....  
 Situation familiale :  célibataire /  marié(e) /  pacsé(e) /  vie maritale  
 divorcé(e) /  séparé(e) (joindre l'ordonnance du juge si nécessaire) /  veuf, veuve  
 Profession : ..... Téléphone professionnel : .....  
 Coordonnées employeur : .....

## Assurance(s)

Extra scolaire : Compagnie : .....

N° contrat : .....

Ou Responsabilité Civile : Compagnie : .....

N° contrat : .....

## Autre personne à prévenir en cas d'urgence

NOM : ..... PRÉNOM : .....

Adresse : .....

Code postal ..... Ville .....

Téléphone fixe : ..... Téléphone portable : .....

Téléphone professionnel : .....

Lien avec l'enfant (grands-parents, voisins, ...) : .....

## Renseignements concernant la santé de l'enfant

Problèmes de santé particuliers et recommandations des parents (si l'enfant a déjà un Protocole d'Accueil Individualisé avec l'école ou l'accueil périscolaire, fournir une copie de celui-ci) :

.....  
.....  
.....  
.....  
.....

Médecin traitant : ..... Téléphone : .....

➔ *Ne pas oublier de nous signaler tous changements d'adresse ou de téléphone en cours d'année.*

## AUTORISATIONS

Je soussigné(e) : Mr / Mme ..... père / mère / tuteur,  
de l'enfant (nom et prénom) : ....., déclare :

- Autoriser le CPCV Méditerranée à utiliser le site « CAF PRO » pour vérifier le quotient familial de la famille ;
- Autoriser le CPCV Méditerranée à utiliser des photos ou images de mon enfant prises à l'occasion des activités éducatives vécues pendant son séjour (illustration site internet, brochures, affiches, DVD, ...)
- Autoriser mon enfant à participer à toutes les activités du centre ;
- Autoriser les responsables du séjour à prendre, en cas de maladie ou d'accident, toute mesure d'urgence prescrite par le médecin ;
- Avoir pris connaissance du règlement intérieur et en accepter les termes.

Date : .....

Signature :

\*\*\*\*\*

Je soussigné(e) : Mr / Mme ..... père / mère / tuteur,  
de l'enfant (nom et prénom) : ....., déclare autoriser les  
personnes désignées ci-dessous :

- Nom/Prénom/Lien avec l'enfant : ..... Tél : .....
- Nom/Prénom/Lien avec l'enfant : ..... Tél : .....
- Nom/Prénom/Lien avec l'enfant : ..... Tél : .....
- Nom/Prénom/Lien avec l'enfant : ..... Tél : .....

A récupérer mon enfant les jours autorisés et déclare décharger de toute responsabilité la direction du centre.

Les personnes, y compris les parents, qui récupèrent les enfants doivent **obligatoirement** se munir d'une pièce d'identité.

Date : .....

Signature :

\*\*\*\*\*

Je soussigné(e) : Mr / Mme ..... père / mère / tuteur,  
de l'enfant (nom et prénom) : ....., déclare autoriser mon  
enfant à partir seul de l'ALSH à : ..... (préciser l'horaire entre 16h30 et 18h00).

Date : .....

Signature :

## PIÈCES À FOURNIR AVEC LE DOSSIER D'INSCRIPTION <sup>(1)</sup>

- Dossier d'inscription rempli et signé
- Fiche sanitaire de liaison
- Justificatif de domicile (*facture EDF, ...*)
- PAI si l'enfant présente des troubles de la santé
- Photocopies du carnet de vaccination à jour
- Responsabilité Civile
- Attestation de la Sécurité Sociale
- Certificat et prescriptions médicales si l'enfant présente des troubles de la santé
- Dernier avis d'imposition
- Attestation CAF si allocataire
- Copie du jugement en cas de divorce
- Fiche d'inscription périodique septembre/octobre complétée et signée

**(1) tout dossier incomplet ne sera pas accepté**

**Pour tout renseignement complémentaire, n'hésitez pas à nous contacter  
au 04 42 23 18 74 ou par mail à [alsh.floralies@cpcv-med.fr](mailto:alsh.floralies@cpcv-med.fr)**

**Ce dossier est à nous retourner entièrement complété,  
dans les meilleurs délais, avec les pièces demandées à l'adresse suivante :**

**CPCV MÉDITERRANÉE  
Chemin de Beauregard  
La Nouvelle Pinette Bât E76  
13100 AIX EN PROVENCE**

***NB : Nos bureaux sont fermés du 25 Juillet au 16 Août 2011 pour congés annuels***