

Nom de l'enfant :  Prénom de l'enfant :  Date de naissance :  Classe :

Nom de l'enfant :  Prénom de l'enfant :  Date de naissance :  Classe :

Nom de l'enfant :  Prénom de l'enfant :  Date de naissance :  Classe :

## MERE

Nom :

Prénom :

Adresse :

Code postal :  Ville :

Tél fixe :

Tél portable :

Tél pro :

## PERE

Nom :

Prénom :

Adresse :

Code postal :  Ville :

Tél fixe :

Tél portable :

Tél pro :

Pour les parents séparés uniquement :  dossier de la mère  dossier du père

## AUTRE RESPONSABLE LEGALE

Nom de famille ou de l'organisme :  Prénom :  Fonction :

Adresse :  Code postal :  Ville :

Tél fixe :  Tél portable :  Tél pro :

## CONTACT ET FACTURATION

Nous vous demandons de nous communiquer une adresse mail valide pour communiquer avec vous et vous envoyer vos factures. (ex : nicolas.dupont@yahoo.fr)

Adresse mail (obligatoire) :  @

## REGIME DE COUVERTURE SOCIAL

Régime général, n° allocataire CAF\* :

Régime MSA, n° allocataire MSA\* :   
Fournir un justificatif

Autres régimes, précisez (SNCF...):   
Fournir un justificatif

N° de sécurité social :

## DROIT A L'IMAGE

Je soussigné(e)  responsable légal(e), autorise L'organisateur, à photographier et/ou filmer mon/mes enfant(s).

Oui  Non

## ASSURANCE EXTRA SCOLAIRE

Nom de l'assureur :

N° contrat :

Date d'expiration :

## AUTORISATION DE SORTIE

Mon ou mes enfants est/sont autorisé(s) à repartir seul de la structure :  oui  non à  h

Mon ou mes enfants est/sont autorisé(s) à repartir avec des personnes autres que ses parents :  oui  non

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Je soussigné(e),  atteste :

- Avoir pris connaissance du règlement intérieur des accueils de loisirs ([www.alsh-tourainevalleedelindre.fr](http://www.alsh-tourainevalleedelindre.fr))
- M'engager à respecter toutes les conditions de celui-ci
- Avoir souscrit une assurance extra scolaire valide pour mon/mes enfant(s)
- Avoir pris connaissance des tarifs en vigueur
- M'engager à régler les prestations relatives aux présences de mon enfant

DATE :

SIGNATURE :

\*Attention le tarif maximum sera automatiquement appliqué aux familles qui ne fourniront pas leur n° allocataire ou un justificatif pour les régimes spéciaux.

