



FICHE D'INSCRIPTION ACCUEIL DE LOISIRS 3/17 ans

Année Scolaire 2025 - 2026

RENSEIGNEMENTS CONCERNANT L'ENFANT

Nom : _____ Prénom (s) : _____ Sexe : M F

Date de naissance : _____ Classe et établissement scolaire : _____

L'enfant a-t-il des allergies ? oui non

ASTHME MEDICAMENTEUSE ALIMENTAIRE Autre : _____

Si oui, préciser les causes de l'allergie et la conduite à tenir : _____

Nom du médecin traitant : _____ Tél. : _____

L'enfant a-t-il des problèmes de santé particulier ? oui non

Si oui à préciser : _____

Date du dernier rappel de vaccin antitétanique : _____

REPRESENTANT(S) LEGAL(AUX) DE L'ENFANT

Mère :

Nom : _____ Autorité parentale oui non

Prénom (s) : _____ Date et lieu de naissance : _____

Adresse : _____

Tél. : _____ Mail : _____

Père :

Nom : _____ Autorité parentale oui non

Prénom (s) : _____ Date et lieu de naissance : _____

Adresse : _____

Tél. : _____ Mail : _____

CAF Ariège Autre : Précisez : _____

N° allocataire : _____ Quotient familial : _____

PERSONNE(S) A CONTACTER OU AUTORISEE(S) A RECUPERER MON ENFANT

Nom : _____ Prénom (s) : _____ Tél. : _____

Nom : _____ Prénom (s) : _____ Tél. : _____

Tournez la page SVP

CANTINE SCOLAIRE et/ou CANTINE des Mercredis



Inscription obligatoire en ligne via l'application



Votre enfant fréquentera-t-il la cantine scolaire et/ou la cantine des Mercredis : oui non

Si oui repas : **Normal** ou **Sans porc** ou **Sans viande** ou **Végétarien** ou **PAI**

ALAE du soir



Inscription obligatoire en ligne via l'application



Votre enfant fréquentera-t-il l'ALAE du soir : oui non

DOCUMENTS A FOURNIR OBLIGATOIREMENT

- | | | | |
|----------------------------------------------------|--------------------------|---------------------------|--------------------------|
| Justificatif de domicile de – de 3 mois | <input type="checkbox"/> | Photocopie des vaccins | <input type="checkbox"/> |
| Attestation d'assurance scolaire et extra scolaire | <input type="checkbox"/> | Attestation ATL de la CAF | <input type="checkbox"/> |

AUTORISATIONS

J'autorise les animateurs à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitement médical, hospitalisation) rendues nécessaires par l'état de mon enfant : oui non

J'autorise mon enfant à participer aux activités et sorties organisées par le service Enfance et jeunesse : oui non

J'autorise les animateurs à utiliser les photos prises lors des activités dans le but de promouvoir celles-ci : oui non

Je reconnais avoir pris connaissance du règlement intérieur des accueils de loisirs et en accepter le fonctionnement : oui non

Pour les Juniors (11/17ans) uniquement :

J'autorise mon enfant à partir seul à 18 h oui non

J'autorise mon enfant à partir seul quand il le souhaite : oui non

Je soussigné(e), Mme, M. _____, responsable légal de l'enfant, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche.

Fait à : _____ Le : _____ Signature : _____

Service Enfance et Jeunesse

Mail : marylene.nicolas@mairie-laroquedolmes.fr ou centreloisirs@mairie-laroquedolmes.fr

Tél. : 06 08 50 42 26 ou 05 61 01 77 98