

Dossier annuel 2025-2026

Nom de l'enfant :

Prénom de l'enfant :

Date de naissance :

Sexe : ☐ Fille ☐ Garçon

DOSSIER VALABLE DE SEPTEMBRE 2025 JUSQUE FIN AOÛT 2026

PIÈCES A FOURNIR

Assurance extra-scolaire

☐

Copie des vaccins

☐

Fiche sanitaire complétée

☐

AUTORISATIONS

Je, soussigné(e), M./ Mme :

demeurant au

Nous certifions sur l'honneur l'exactitude des renseignements figurant sur ce dossier et déclarons avoir pris connaissance du règlement de la structure et nous engageons à le respecter.

DETAIL DES AUTORISATIONS

L'équipe de direction est autorisée à prendre les mesures d'urgence en cas d'accident impliquant mon ENFANT (Hospitalisation, SAMU, Pompiers). ☐ Oui ☐ Non

La direction est autorisée à consulter notre dossier allocataire CDAP afin d'accéder directement aux ressources (Quotient, Revenus, Nombre d'enfants à charge) à prendre en compte pour le calcul des tarifs. (Le service CDAP.fr respecte les règles de confidentialité et a fait l'objet d'une autorisation de la CNIL. La CAF attribue un identifiant et un mot de passe qui est strictement personnel et confidentiel à l'équipe de direction). ☐ Oui ☐ Non

J'autorise mon enfant à partir SEUL de l'accueil de loisirs ou de l'arrêt de bus. ☐ Oui ☐ Non

J'autorise le personnel à photographier ou à filmer mon enfant, dans la mesure où les films et images ne seront utilisés à aucun autre usage qu'un usage éducatif ou de communication. ☐ Oui ☐ Non

J'autorise le transport de mon enfant dans les véhicules prévus par l'établissement dans le cadre des ALSH, mercredis récréatifs, mini-camps ou séjours. ☐ Oui ☐ Non

Fait le :

SIGNATURE

Dossier annuel 2025-2026

ADRESSE DE FACTURATION

Nom :		Prénom :	
Adresse :			
Code postal :		Commune :	
Téléphone :		Portable :	
E-mail :			

ENTOURAGE FAMILIAL AUTORISÉ À RÈCUPÉRER L'ENFANT

Nom :		Prénom :	
Lien de parenté :		Téléphone :	
Nom :		Prénom :	
Lien de parenté :		Téléphone :	
Nom :		Prénom :	
Lien de parenté :		Téléphone :	

INFORMATIONS COMPLÉMENTAIRES

N° Sécurité sociale :		CMU :	☐ Oui ☐ Non
Mutuelle :		N° Mutuelle :	
N° Allocataire CAF :		N° Allocataire MSA :	