






ANNEE SCOLAIRE 2022 / 2023

FICHE DE RENSEIGNEMENTS ACCUEIL DE LOISIRS

Ecole fréquentée : _____

Situation familiale : Célibataire Vie maritale Pacsé/ Marié Divorcé/séparé Veuf

	REPRESENTANT LEGAL 1	REPRESENTANT LEGAL 2
NOM D'USAGE		
NOM DE NAISSANCE		
PRENOM		
QUALITE (père, mère...)		
Autorité parentale	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>
Date de naissance		
CONJOINT, si différent du responsable légal 2		
ADRESSE COMPLETE		
 domicile		
 portable		
 professionnel		
@ Courriel		
Profession		
Employeur		

ASSURANCE DES ENFANTS

Responsabilité civile : OUI NON

Individuelle accident : OUI NON

Compagnie d'assurance : _____

N° de police d'assurance : _____

EN CAS DE SEPARATION ET / OU GARDE ALTERNEE

En cas de séparation, la résidence habituelle de l' (des) enfant(s) est fixée : Chez le père Chez la mère

En cas de garde alternée : Semaine paire : Responsable légal 1 Responsable légal 2

Semaine impaire : Responsable légal 1 Responsable légal 2

En cas de jugement relatif à la séparation (garde, autorité parentale...) merci d'en joindre une copie à ce dossier.

RENSEIGNEMENTS RELATIFS AUX ENFANTS

	1 ^{er} enfant	2 ^{ème} enfant	3 ^{ème} enfant
NOM			
PRENOM			
SEXE			
DATE DE NAISSANCE			
ALLERGIES ALIMENTAIRES	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>
Lesquelles ? Si oui, un P.A.I. devra être établi.			
REGIME ALIMENTAIRE PARTICULIER	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>
Lequel (ex : ne mange pas de viande)			
ALLERGIES MEDICAMENTEUSES	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>
Lesquelles ?			
AUTRES ALLERGIES	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>
Lesquelles ?			
ASTHME	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>
A t-il un P.A.I ?	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>

REGIME

Allocataire CAF (régime général) Régime spécial (MSA ou autre)

Nom et prénom de l'allocataire _____

N° allocataire _____

Cadre réservé au service :

Date : Q.F.

Date : Q.F.



CONTACT DES PERSONNES AYANT PLUS DE 16 ANS et habilitées à venir chercher l'enfant (hors responsables légaux)

Nom	Prénom	fixe	portable	Lien avec l'enfant

Facturation de l'accueil de loisirs

Débiteur : Responsable légal 1 Responsable légal 2 Autre

En cas de garde alternée, les factures doivent-elles être envoyées selon le calendrier d'alternance ? OUI NON

Semaine paire : Responsable légal 1 Responsable légal 2

Semaine impaire : Responsable légal 1 Responsable légal 2

Autorisations (A remplir OBLIGATOIREMENT)

- **Sortie de mon enfant (élémentaire uniquement) :** J'autorise / je n'autorise pas (rayer la mention inutile) mon enfant à quitter seul l'ALSH. J'assume la pleine et entière responsabilité de cette demande et décharge la Mairie de toute responsabilité en cas de problème survenant après la sortie de l'enfant.
- **Droit à l'image :** J'autorise / Je n'autorise pas (rayer la mention inutile) l'utilisation de l'image de mon (mes) enfant(s) dans le cadre des publications municipales (papier ou multimédia).

Attestations

Je soussigné(e) _____ Père Mère Tuteur(trice)

- Déclare exacts les renseignements portés sur ce document et m'engage à faire connaître tout changement.
- M'engage à respecter les horaires des différents services utilisés.
- Déclare avoir pris connaissance du règlement de l'accueil de loisirs et en accepte les conditions.
- Déclare que mon enfant est assuré en cas d'accident dont il serait victime ou auteur.
- M'engage à régler à la ville de Beaumont les frais incombant à notre famille dans les délais exigés.
- J'autorise mon (mes) enfant(s) à utiliser les transports mis en place par l'accueil de loisirs pour toute sortie.
- J'autorise en cas d'urgence à faire donner à mon (mes) enfant(s) tous les soins (y compris le transport dans un véhicule de secours) nécessités par son état.

Fait à : _____ Le : _____

Signature(s) obligatoire(s) :

Précédée de la mention « lu et approuvé »

Il appartient à la famille de fournir tous les documents nécessaires au traitement de son dossier.

Conformément à la loi « informatique et libertés » du 6 janvier 1978 modifiée en 2004, vous bénéficiez d'un droit d'accès et de rectification aux informations qui vous concernent, que vous pouvez exercer en vous adressant à la Direction de l'Enfance et de la Vie Scolaire.