

DOSSIER D'INSCRIPTION A.L.S.H.

Ce dossier est valable jusqu'aux 5 ans de l'enfant. Merci de nous informer de tous changements d'informations ou de situation concernant l'enfant dans ce laps de temps.

Nom et prénom de l'enfant :

Adresse de l'enfant pendant le séjour :

..... **Commune :**

Date de naissance : Sexe : M F

Régime alimentaire : Normal Sans porc P.A.I (joindre le protocole)

Autre :

Coordonnées des parents :

Téléphone portable de la mère : Travail :

Téléphone portable du père : Travail :

Téléphone domicile de la mère :

Téléphone domicile du père (si différent) :

E-mail de contact :

Documents à présenter dès la 1 ^{ère} inscription	A renouveler le	A renouveler le
Fiche sanitaire (jointe au dossier) <input type="checkbox"/>		
Copies des vaccins (dont DT polio à jour) <input type="checkbox"/>		
Règlement intérieur <input type="checkbox"/>		
Dernière attestation du quotient familial ou dernier avis d'imposition <input type="checkbox"/>		
Attestation assurance responsabilité civile <input type="checkbox"/>		
Attestation sécurité sociale <input type="checkbox"/>		
Jugement de divorce <input type="checkbox"/>		
Photo <input type="checkbox"/>		

Dossier reçu par courrier

Dossier traité le :

Maternels (3-5 ans)

■ Votre situation familiale actuelle :

Union libre Marié(e)/pacsé(e) Divorcé(e)/séparé(e) Veuf(ve) Remarié(e) Remarié (e)

Nombre de frères et sœurs : Age(s) :

■ En cas de séparation qui a la garde de l'enfant pendant le séjour ? (joindre copie du jugement)

Père uniquement Mère uniquement Les deux parents (joindre planning de garde)
 Autre (préciser)

■ Coordonnées des responsables légaux

	Père	Mère
Nom		
Prénom		
Adresse		
Employeur Adresse et Tél.		

■ Autres coordonnées pouvant composer le foyer de l'enfant

Pour les familles d'accueil ou recomposées	
Nom (du tiers)	
Prénom	
Adresse	
Téléphone	
E-mail	
Lien avec l'enfant	
Employeur Adresse et Tél.	

Régime allocataire

1°- Régime général dont fonction publique, ministère de la Défense, etc.

N° Allocataire : ou QF (calculé sur dernier avis d'imposition) Nb de parts :

QF année : : en date du :/...../.....

QF année : : en date du :/...../.....

QF année : : en date du :/...../.....

2°- Autres régimes dont M.S.A., S.N.C.F., etc.

N° Allocataire :

Je soussigné(e) Mme ou M
 déclare l'exactitude des renseignements fournis, et avoir pris connaissance du règlement intérieur du service jeunesse de la Communauté de Communes.

Le :/...../..... à Signature des parents :