Maison des associations
2 rue du stade 44610 INDRE

RESERVE AU SERVICE	
Année	
QUOTIENT	
☐ CAF ☐ NON CAF	
☐ COMMUNE	
☐ HORS COMMUNE	

L'ENFANT
NOM
Prénom
Date de naissance
☐ Fille ☐ Garçon Ecole :

Numéro CAF : Nom de l'allocataire CAF:
(En cas de reconnaissance de situation de handicap fournir l'attestation de paiement AEEH)

Adresse complète

RESPONSABLES LEGAUX
☐ Mariés ☐ Séparés ☐ Pacsés ☐ Divorcés ☐ Veuf/veuve

RESP LEGAL 1
Nom
Prénom
Tel
E-mail
(Pour envoi des factures)
Profession
L'employeur
Tel prof

RESP LEGAL 2
Nom
Prénom
Tel
E-mail
Profession
L'employeur
Tel prof

ASSURANCE

Assureur N° de police

Personnes (+numéro) à prévenir en cas d'impossibilité de joindre les responsables légaux :

NOM Téléphone
NOM Téléphone

Activités de votre enfant :
☐ ALSH MERCREDI ☐ ALSH VACANCES ☐ ACC PERISCOLAIRE
☐ SEJOUR ☐ TIERS LIEU ADOS

DECLARATION DU RESPONSABLE LEGAL

Je soussigné Mr ou Mme
Responsable légal de l'enfant

- Déclare avoir pris connaissance du règlement intérieur ainsi que des conditions d'inscription à l'ACLEEA.
- Inscrit mon enfant à l'ACLEEA et l'autorise à participer à toutes les différentes activités proposées par les organisateurs (baignade, activités nautiques, activités à risques etc...)
- Décharge les organisateurs de toutes responsabilités en cas d'accident qui pourrait survenir avant ou après la prise en charge effective des enfants par les animateurs. En conséquence les familles doivent obligatoirement s'assurer de la présence effective d'un personnel de l'ACLEEA avant de déposer son enfant.
- Déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise les organisateurs à prendre toutes les mesures médicales rendues nécessaires par l'état de santé de l'enfant.

- Autorise les organisateurs à laisser mon enfant *(rayer la mention inutile)*
  - Rentrer seul à notre domicile
  - Partir accompagné des personnes dont les noms et prénoms suivent

à l'issue de sa journée de centre de loisirs ou séjours, de l'accueil. Chaque jour de présence quelle que soit la période et décharge l'organisateur de toute responsabilité en cas d'accident et d'incidents pouvant survenir sur le trajet du retour.

Fait à Le Signature du responsable légal

INDIQUEZ ICI LES DIFFICULTES DE SANTE : (PAI, allergies, maladies, etc.)

VACCINATIONS OBLIGATOIRE

DT POLIO (Diphtérie-Tétanos-Poliomyélite-Pentacoq)
Date du dernier rappel :
(Fournir la photocopie des vaccins obligatoire)

Autres vaccins à préciser *(nom et date)* :