



**DOSSIER D'INSCRIPTION  
SERVICE ENFANCE-JEUNESSE  
SAINT MICHEL CHEF CHEF**

Nom.....	Prénom.....
Date de naissance.....	Sexe      M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>
Age.....	
Adresse.....	
Code Postal.....	Ville.....
Tel Portable de la maman.....	
Tel Portable du papa.....	
Adresse e-mail : .....	
Niveau de classe : .....	
Nom de l'école : .....	
Date de l'inscription à l'Accueil de loisirs : .....	

**CONTENU DU DOSSIER**

Fiche Sanitaire de Liaison	<input type="checkbox"/>
Fiche de renseignements	<input type="checkbox"/>
Règlement intérieur	<input type="checkbox"/>
<b><u>Pièces complémentaires à fournir</u></b>	
Attestation de quotient familial	<input type="checkbox"/>
Justificatif de domicile	<input type="checkbox"/>
R I B (si vous souhaitez le prélèvement automatique)	<input type="checkbox"/>

**Service Enfance de SAINT MICHEL CHEF-CHEF**

Lieu d'accueil : 28 bis rue du Redois – 44730 Saint Michel Chef-Chef  
Contact et inscriptions : [alsh@stmichelchefchef.fr](mailto:alsh@stmichelchefchef.fr) - Tél 06-20-87-15-23

**Accueil Périscolaire  
Accueil de Loisirs 3-12 ans  
Accueil de loisirs 10-14 ans**

**RENSEIGNEMENTS UTILES ET ATTESTATIONS**

**Dossier de l'enfant**

NOM : PRENOM :

Date de naissance

Nom de l'école et niveau de classe

**Nom et Adresse du responsable de l'enfant**

NOM – Prénom

Adresse :

Code postal Ville

Tél personnel Tel portable de la maman :  
Tel portable du papa :

Adresse e-mail :

**Renseignements concernant les responsables de l'enfant :**

Père  Tuteur   
Profession Employeur Tél. travail

Mère  Tuteur   
Profession Employeur Tél. travail

Situation familiale :

Numéro d'allocataire à la Caisse d'Allocations Familiales :

**Personne à prévenir en cas d'absence**

Mr  Mme  Mlle .....

Adresse  
Code postal Ville  
Tél. domicile Tél. portable

**Personnes habilitées à venir chercher l'enfant**

NOM :	PRENOM :	Qualité :	tél :
NOM :	PRENOM :	Qualité :	tél :
NOM :	PRENOM :	Qualité :	tél :
NOM :	PRENOM :	Qualité :	tél :

## Sécurité sociale

Numéro d'assuré  
Adresse de la caisse  
Code postal

Ville

## Mutuelle

Nom  
Adresse  
Code postal

Ville

## Assurance responsabilité civile et individuelle accident corporel

Nom  
Adresse  
Code postal  
Avez-vous souscrit un contrat d'assurance scolaire à la MAE ? oui  non   
Si oui, numéro de contrat option

## Déclaration du responsable légal (*A remplir obligatoirement*)

Je soussigné(e),

NOM :                      PRENOM                      père  mère  tuteur

Responsable de l'enfant :

NOM :                      PRENOM :                      Date de naissance :

1- Autorise le directeur de l'accueil de loisirs à faire soigner mon enfant et à faire pratiquer les interventions d'urgence, éventuellement sous anesthésie générale, suivant les prescriptions des médecins ;

2- Autorise le directeur du centre de loisirs à utiliser les photographies de mon enfant dans le cadre exclusif de l'accueil de loisirs ;

3- Autorise mon enfant à participer aux diverses activités et sorties organisées par l'accueil de loisirs.

4- M'engage à régler l'intégralité des frais m'incombant dans le cadre de l'accueil de loisirs, selon les modalités de tarifs en vigueur indiqués sur le règlement intérieur.

A.....le.....

Signature :



**INDIQUEZ CI-APRÈS :**

LES **DIFFICULTÉS DE SANTÉ** (MALADIE, ACCIDENT, CRISES CONVULSIVES, HOSPITALISATION, OPÉRATION, RÉÉDUCATION) EN PRÉCISANT LES DATES ET LES **PRÉCAUTIONS À PRENDRE**.

.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....

**4 - RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS**

VOTRE ENFANT PORTE-T-IL DES LENTILLES, DES LUNETTES, DES PROTHÈSES AUDITIVES, DES PROTHÈSES DENTAIRES, ETC... PRÉCISEZ.

.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....

**5 - RESPONSABLE DE L'ENFANT**

NOM ..... PRÉNOM .....

ADRESSE (PENDANT LE SÉJOUR).....

.....  
.....

TÉL. FIXE (ET PORTABLE), DOMICILE : ..... BUREAU : .....

NOM ET TÉL. DU MÉDECIN TRAITANT (FACULTATIF).....

*Je soussigné, ..... responsable légal de l'enfant , déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise le responsable du séjour à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de l'enfant.*

Date :

Signature :

**A REMPLIR PAR LE DIRECTEUR A L'ATTENTION DES FAMILLES**

**COORDONNÉES DE L'ORGANISATEUR DU SÉJOUR OU DU CENTRE DE VACANCES**

.....  
.....  
.....

**OBSERVATIONS**

.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....