

## ALSH de Barbaste / Lamontjoie / Mézin / Moncrabeau / Montesquieu / Lavardac

### Documents à fournir :

- Copie du livret de famille (pages concernant les parents et les enfants)
- Attestation d'assurance en responsabilité civile couvrant les activités extra scolaires et périscolaires
- Copie de la décision de justice notifiant les modalités de résidence et de garde en cas de divorce ou séparation
- PAI si traitement médical
- Autorisation manuscrite des parents indiquant les personnes habilitées à venir chercher l'enfant
- Justificatif régime allocataire (attestation CAF ou MSA)

### ENFANT

Nom : .....  
Prénom : .....  
Date de naissance : \_\_ / \_\_ / \_\_\_\_  
Ecole : .....  
Classe : .....  
N° de sécurité sociale : \_ / \_ / \_ / \_ / \_ / \_ / \_ / \_ / \_  
 CAF47 N° Allocataire : .....  
 MSA47 N° Allocataire : .....

PHOTO

### Responsable légal (Adresse de facturation) : père mère

Nom : ..... Prénom : .....  
Adresse : .....  
CP / Ville : .....  
Tél domicile : \_\_ / \_\_ / \_\_ / \_\_ / \_\_ Tél portable : \_\_ / \_\_ / \_\_ / \_\_ / \_\_  
Adresse courriel : .....@.....  
Situation familiale :  célibataire /  vie maritale /  marié (e) /  pacsé (e)  
 séparé(e) /  divorcé(e) /  veuf, veuve.  
Profession : ..... Tél professionnel : \_\_ / \_\_ / \_\_ / \_\_ / \_\_ (autre que le téléphone du parent)  
Employeur : .....  
Adresse de l'employeur : .....

### Responsable légal: père mère

Nom : ..... Prenom : .....  
Adresse : .....  
CP / Ville : .....  
Tél domicile : \_\_ / \_\_ / \_\_ / \_\_ / \_\_ Tél portable : \_\_ / \_\_ / \_\_ / \_\_ / \_\_  
Adresse courriel : .....@.....  
Situation familiale :  célibataire /  vie maritale /  marié (e) /  pacsé (e)  
 séparé(e) /  divorcé(e) /  veuf, veuve.  
Profession : ..... Tél professionnel : \_\_ / \_\_ / \_\_ / \_\_ / \_\_ (autre que le téléphone du parent)  
Employeur : .....  
Adresse de l'employeur : .....

Renseignements  
obligatoires,  
même en cas de  
séparation, sans  
décision  
judiciaire.

## Assurance responsabilité civile et individuelle accident

Compagnie : ..... N° de Contrat : .....

### Autre personne à prévenir en cas d'urgence : (Autorisation manuscrite annuelle obligatoire pour chercher l'enfant)

Nom / Prénom : ..... Lien avec l'enfant : .....

Tél domicile : \_\_/\_\_/\_\_/\_\_/\_\_ Tél portable : \_\_/\_\_/\_\_/\_\_/\_\_

Nom / Prénom : ..... Lien avec l'enfant : .....

Tél domicile : \_\_/\_\_/\_\_/\_\_/\_\_ Tél portable : \_\_/\_\_/\_\_/\_\_/\_\_

Nom / Prénom : ..... Lien avec l'enfant : .....

Tél domicile : \_\_/\_\_/\_\_/\_\_/\_\_ Tél portable : \_\_/\_\_/\_\_/\_\_/\_\_

### Renseignements concernant la santé de l'enfant

**1 Vaccins :**  J'atteste que les vaccins obligatoires sont à jour

Si l'enfant n'a pas les vaccins obligatoires, joindre un certificat médical de contre-indication (attention : le vaccin anti tétanique ne présente aucune contre-indication)

#### 2 L'enfant est-il allergique ?

Préciser la cause de l'allergie et la conduite à tenir :

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

#### 3 Si l'enfant fait l'objet d'un traitement médical il devra avoir un Projet d'Accueil Individualisé :

Demander le document auprès de la structure.

#### 4 Recommandations particulières pour la prise en charge de votre enfant :

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

#### 6 Médecin traitant :

Nom : ..... Tél: \_\_/\_\_/\_\_/\_\_/\_\_

Je soussigné(e) Monsieur, Madame .....

responsable légal de l'enfant, déclare exact les renseignements portés sur cette fiche et certifie avoir pris connaissance et accepte le règlement de fonctionnement.

Fait à ..... Le \_\_/\_\_/\_\_\_\_ Signature



**NB : ne pas oublier de nous signaler tout changement d'adresse ou de téléphone en cours d'année**