

## Autorisation parentale ou du responsable légal

Je soussigné(e), .....

Père, mère, responsable légal\* de (Préciser Nom et Prénom de l'enfant ou des enfants)

NOM : ..... Prénom : .....

NOM : ..... Prénom : .....

NOM : ..... Prénom : .....

NOM : ..... Prénom : .....

atteste sur l'honneur avoir l'autorité nécessaire pour inscrire l'enfant ou les enfants susnommés et déclare exacts les renseignements portés sur la fiche

atteste avoir pris connaissance du Projet Educatif du Centre de Loisirs du Val d'Eygues.

certifie avoir lu le Règlement Intérieur de la structure et m'engage à le respecter.

autorise les personnes majeures suivantes à amener ou à récupérer mon (mes) enfant(s) :

Nom, prénom, téléphone : .....

.....

.....

autorise les personnes suivantes à être contactées en cas d'urgence si le responsable du Centre de Loisirs n'arrivait pas à joindre les parents ou les responsables légaux :

Nom, prénom, téléphone : .....

.....

.....

autorise mon (mes) enfant(s) :

à participer à toutes les activités du Centre de Loisirs du Val d'Eygues (activités courantes, sportives, ludiques, artistiques, etc,...)

à venir et rentrer seul au bus s'il(s) a(ont) plus de 10 ans

autorise le responsable du Centre de Loisirs du Val d'Eygues ou l'équipe d'animation :

à faire transporter mon (mes) enfant(s) pour les besoins des activités par des moyens de transports collectifs (bus ou minibus).

le cas échéant, à faire procéder à toute intervention médicale (soin, hospitalisation, anesthésie, intervention chirurgicale) nécessitée par l'état de santé de mon (mes) enfant(s)

à prendre des photographies de mon (mes) enfant(s) et à les diffuser lors de publications (journaux, presse, ...) , de manifestations liées à la vie du Centre de Loisirs ou sur le site internet de la Communauté de Communes du Val d'Eygues\*.

à utiliser les produits pharmaceutiques suivants pour effectuer des soins bénins : pommade à base d'arnica, apaysil, dermaspray, héxoméline, biafine\*.

Fait à ....., le .....

Signature .....



NOM ENFANT(S) :

NOM PARENT(S) :

Commune :

## CENTRE DE LOISIRS INTERCOMMUNAL DU VAL D'EYGUES

## DOSSIER FAMILIAL D'INSCRIPTION

### 2011 - 2012

### Pièces à joindre au dossier :

Photocopie carnet de vaccination ou certificat médical

Justificatif du quotient familial  
QF:

Justificatif aides aux vacances  
( Bons vacances loisirs CAF, MSA, ... )

Justificatif assurance extrascolaire

Frais de dossier (15 €)

Centre de Loisirs Intercommunal du Val d'Eygues

COMMUNAUTÉ DE COMMUNES

Les Laurons 26 110 NYONS

Tél. : 04 75 26 98 85 Fax : 04 75 26 28 54 E-Mail : ccve@cc-valdeygues.fr

Site internet : www.cc-valdeygues.fr

# RESPONSABLE(S) LÉGAL(AUX)

Nom et prénom de la mère ou du responsable légal :

Adresse : .....

CP : ..... Commune : .....

✉ email : .....

☎ Domicile : .....

Portable : .....

Travail : .....

Profession : .....

Employeur : .....

Nom et prénom du père ou du responsable légal :

Adresse : .....

CP : ..... Commune : .....

✉ email : .....

☎ Domicile : .....

Portable : .....

Travail : .....

Profession : .....

Employeur : .....

Régime de sécurité social :

Régime général     MSA     Autre : .....

Adresse du Centre Payeur : .....

Prestations familiales :

Reçoit des prestations familiales :     Oui     Non

A quel organisme êtes-vous affilié ?

CAF     MSA     Autre : .....

N° Allocataire CAF, ou autres : .....

Département d'affiliation : .....

Assurance :

Organisme : .....

N° d'adhérent : .....

Médecin traitant :

Nom et prénom du médecin : .....

Ville : ..... Tél. : .....

## ENFANT(S)

Nom, Prénom :

Date de naissance : ..... lieu de naissance : .....

Scolarisé(e) à l'école de .....

Régime alimentaire :

Ne mange pas de porc     Ne mange pas de viande

Autre : ..... (substitut : oeuf ou poisson)

Allergies alimentaires. Préciser le type d'allergie, les causes et la conduite à tenir : .....

Santé :

Maladies déjà contractées :

Otite     Coqueluche     Rougeole     Rubéole

Angine     Rhumatismes     Oreillons     Scarlatine

Varicelle     Autres maladies : .....

Allergies autres qu'alimentaires. Préciser le type d'allergie, les causes et la conduite à tenir : .....

Recommandations utiles (hospitalisation, accident, lunettes, prothèses, ...) : .....

Nom, Prénom :

Date de naissance : ..... lieu de naissance : .....

Scolarisé(e) à l'école de .....

Régime alimentaire :

Ne mange pas de porc     Ne mange pas de viande

Autre : ..... (substitut : oeuf ou poisson)

Allergies alimentaires. Préciser le type d'allergie, les causes et la conduite à tenir : .....

Santé :

Maladies déjà contractées :

Otite     Coqueluche     Rougeole     Rubéole

Angine     Rhumatismes     Oreillons     Scarlatine

Varicelle     Autres maladies : .....

Allergies autres qu'alimentaires. Préciser le type d'allergie, les causes et la conduite à tenir : .....

Recommandations utiles (hospitalisation, accident, lunettes, prothèses, ...) : .....

Nom, Prénom :

Date de naissance : ..... lieu de naissance : .....

Scolarisé(e) à l'école de .....

Régime alimentaire :

Ne mange pas de porc     Ne mange pas de viande

Autre : ..... (substitut : oeuf ou poisson)

Allergies alimentaires. Préciser le type d'allergie, les causes et la conduite à tenir : .....

Santé :

Maladies déjà contractées :

Otite     Coqueluche     Rougeole     Rubéole

Angine     Rhumatismes     Oreillons     Scarlatine

Varicelle     Autres maladies : .....

Allergies autres qu'alimentaires. Préciser le type d'allergie, les causes et la conduite à tenir : .....

Recommandations utiles (hospitalisation, accident, lunettes, prothèses, ...) : .....