



# ACCUEIL DE LOISIRS LES LOUSTICS

Nom de l'enfant : .....

Prénom de l'enfant : .....

Sexe : .....

Date de naissance : .....

Ecole : .....

Classe : .....

Assureur : .....

N° de contrat : .....

Autorisation d'intervention médicale : .....

Autorisation de Filmer : .....

Médecin traitant : .....

Lieu d'hospitalisation : .....

Type de repas : .....

Allergie repas: .....

Personnes à prévenir en cas d'accident	Personnes habilitées à récupérer l'enfant
.....	.....
.....	.....
.....	.....

Nom du responsable : .....

Prénom du responsable : .....

Situation familiale : .....

Email : .....

Nombre d'enfant à charge : .....

Adresse : .....

Ville : .....

Tél. Domicile : .....

Tél. Professionnel : .....

Tél. Portable : .....

N° de sécu : .....

Employeur : .....

Profession : .....

Régime : .....GENERAL Ou MSA Ou AUTRE

Si allocataire CAF, N° d'allocataire : .....

(rayez les mentions inexactes)

Si MSA N° MSA:

**PERE si différent du responsable légal : Nom : .....**

**Prénom : .....**

Email : .....

Adresse : .....

Ville : .....

Tél. Domicile : .....

Tél. Professionnel : .....

Tél. Portable : .....

Employeur : .....

Profession : .....

**MERE si différent du responsable légal : Nom : .....**

**Prénom : .....**

Email : .....

Adresse : .....

Ville : .....

Tél. Domicile : .....

Tél. Professionnel : .....

Tél. Portable : .....

Employeur : .....

Profession : .....

Observations : .....

Je soussigné(e) ..... déclare exacts les renseignements notifiés ci-dessus.

Fait à ..... le : ...../...../20.....

SIGNATURE

## A JOINDRE A CE DOSSIER:

- Copie Attestation d'assurance couvrant le périscolaire et l'extrascolaire
- Votre dernier avis d'imposition, sans quoi le tarif plafond sera appliqué.

