

**LAVAL BOURNY GYM**  
**FICHE DE RENSEIGNEMENTS**

**Accueil de Loisirs Sans Hébergement (ALSH) du 16 au 20 Février 2026**

Nom-Prénom de l'enfant : .....

Date de naissance : .....

**INSCRIPTION**

Semaine complète	Lundi 16 Février	Mardi 17 Février	Mercredi 18 Février	Jeudi 19 Février	Vendredi 20 Février
Tarif 1 <input type="checkbox"/> 86,00 €	Tarif 1 <input type="checkbox"/> 17,00 €	Tarif 1 <input type="checkbox"/> 22,00 €	Tarif 1 <input type="checkbox"/> 22,00 €	Tarif 1 <input type="checkbox"/> 15,00 €	Tarif 1 <input type="checkbox"/> 15,00 €
Tarif 2 <input type="checkbox"/> 96,00 €	Tarif 2 <input type="checkbox"/> 19,00 €	Tarif 2 <input type="checkbox"/> 24,00 €	Tarif 2 <input type="checkbox"/> 24,00 €	Tarif 2 <input type="checkbox"/> 17,00 €	Tarif 2 <input type="checkbox"/> 17,00 €

**PERSONNE(S) AYANT AUTORITE PARENTALE DE L'ENFANT**

➤ **Responsable 1 (nom de la personne à inscrire sur la facture)**

Nom-Prénom : ..... Lien de parenté : .....  
 Adresse Internet : ..... Portable : .....  
 Employeur + ville : ..... Téléphone travail : .....

➤ **Responsable 2**

Nom-Prénom : ..... Lien de parenté : .....  
 Adresse Internet : ..... Portable : .....  
 Employeur + ville : ..... Téléphone travail : .....

➤ **Lien entre responsable 1 et 2 :**  marié     pacsé     vie maritale/concubinage     séparé

➤ **Coordonnées du foyer (adresse de facturation)**

Téléphone : .....  
 Adresse complète : .....  
 .....

**AUTRE(S) PERSONNE(S) A PREVENIR EN CAS D'URGENCE**

➤ Nom-Prénom : ..... Lien avec votre famille : .....  
 Téléphone : ..... Portable : .....  
 ➤ Nom-Prénom : ..... Lien avec votre famille : .....  
 Téléphone : ..... Portable : .....

**AUTORISATION DE SORTIE DU CENTRE OU DE LA GARDERIE**

L'enfant est-il autorisé à quitter seul notre structure :      OUI       NON

Si NON, personnes autorisées à venir chercher l'enfant

➤ Nom-Prénom : ..... Téléphone : ..... Lien de parenté ou autre : .....	➤ Nom-Prénom : ..... Téléphone : ..... Lien de parenté ou autre : .....
---	---

## RENSEIGNEMENTS SOCIAUX

- Assuré social dont dépend l'enfant : .....  
N° d'immatriculation : ..... Caisse d'affiliation .....
- Caisse prestataire des allocations familiales : CAF  n° d'allocataire : .....  
MSA  n° d'allocataire : .....  
AUTRE  .....
- Complémentaire :  
Nom de la Mutuelle : ..... N° d'affiliation : .....
- Responsabilité civile : OUI  NON       ➤ Individuelle accident : OUI  NON   
Nom de la compagnie : ..... Nom de la compagnie : .....
- Votre enfant possède-t-il un dossier auprès de la MDA ? OUI  NON

## TRANSPORT

J'autorise mon enfant à être transporté par un tiers (animateur ou parent) dans le cadre des activités du centre de loisirs.

OUI j'autorise       NON je n'autorise pas

## SOINS

En cas de nécessité, j'autorise les responsables de la structure ou du séjour à prendre le cas échéant, toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaire par l'état de l'enfant.

OUI j'autorise       NON je n'autorise pas

- Nom du médecin de famille : .....  
Adresse : .....  
Etablissement souhaité en cas d'hospitalisation : .....

## PHOTOS/VIDEOS

J'autorise le responsable de la structure à utiliser les photographies et les films, réalisés dans le cadre des activités et des séjours du centre de loisirs et de l'accueil périscolaire, dans le cadre de la communication relative au centre de loisirs et à l'accueil périscolaire.

OUI j'autorise       NON je n'autorise pas

---

N'oubliez pas d'avertir l'association de tout changement pouvant survenir en cours d'année scolaire (changement de domicile, de situation, problèmes médicaux, ...).

Je soussigné(e) ..... , responsable légal de l'enfant ..... , certifie avoir pris connaissance des modalités de fonctionnement de l'ALSH organisé par le LBG et déclare exacts les renseignements portés sur ces fiches.

Fait à ..... , le ..... Signature