

LAVAL BOURNY GYM

FICHE DE RENSEIGNEMENTS

Accueil de Loisirs Sans Hébergement (ALSH) du 20 au 24 Octobre 2025

Nom-Prénom de l'enfant :

Date de naissance :

INSCRIPTION

Semaine complète	Lundi 20 octobre	Mardi 21 octobre	Mercredi 22 octobre	Jeudi 23 octobre	Vendredi 24 octobre
Tarif 1 <input type="checkbox"/> 85,00 €	Tarif 1 <input type="checkbox"/> 17,00 €	Tarif 1 <input type="checkbox"/> 21,00 €	Tarif 1 <input type="checkbox"/> 18,00 €	Tarif 1 <input type="checkbox"/> 17,00 €	Tarif 1 <input type="checkbox"/> 17,00 €
Tarif 2 <input type="checkbox"/> 95,00 €	Tarif 2 <input type="checkbox"/> 19,00 €	Tarif 2 <input type="checkbox"/> 23,00 €	Tarif 2 <input type="checkbox"/> 20,00 €	Tarif 2 <input type="checkbox"/> 29,00 €	Tarif 2 <input type="checkbox"/> 19,00 €

PERSONNE(S) AYANT AUTORITE PARENTALE DE L'ENFANT

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

Nom-Prénom :

Adresse Internet :

Employeur + ville :

Lien de parenté :

Portable :

Téléphone travail :

➤ Responsable 2

Nom-Prénom :

Adresse Internet :

Employeur + ville :

Lien de parenté :

Portable :

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 :

Téléphone :

➤ Nom-Prénom :

Téléphone :

Lien avec votre famille :

Portable :

Lien avec votre famille :

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