



# A.L.S.H Juillet 2018

## Cadre réservé à l'administration

**Tarifs :** 1 2 3 4 Journée  Mois  - 15%  
..... X..... Montant :  
Nbre d'enfant inscrit : 20% 50% :  
 Espèces  Chèque **Total :**

### Pièces fournies :

Attestation Caf	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
Imposition 2016	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
Fiche sanitaire	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
Droit à l'image	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
Assurance	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
Autorisation sorties	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
Copie CNI	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>

Nom de l'enfant : ..... Prénom : .....

Adresse : .....

Date de naissance : ...../...../..... Age : .....

Tél : ...../...../..... ou ...../...../...../.....

Nom et numéro de la personne à joindre en cas d'absence des parents :  
.....

N° Allocataire CAF du Nord : ..... **Quotient familial** .....

(Merci de fournir 1 attestation CAF de quotient Familial)

Autre régime : .....

J'autorise le directeur à prendre toutes les mesures en cas d'accident pouvant survenir :

(\* rayer la mention inutile)

CHOIX : Polyclinique de WIGNEHIES \*

Hôpital de FOURMIES \*

Autres : .....

**Inscription à l'A.L.S.H.** du ..... au .....

Soit : ..... Jours

- Votre enfant participera-t-il à l'accueil de 7h30 OUI  NON
- Votre enfant porte-t-il des lunettes ? OUI  NON
- Votre enfant sait – il nager ? OUI  NON
- Votre enfant a-t-il des problèmes particuliers : OUI  NON

Si oui lesquels : .....

**Ce bulletin fait office d'autorisation parentale. La signature du père, de la mère ou du responsable légal est obligatoire.**

Je soussigné, ....., atteste avoir pris connaissance des conditions générales d'inscription.

Fait à Anor, le .....

Signature,

Sortie autorisée à 17h :  Seul

Accompagné : (nom des personnes autorisées à reprendre l'enfant)

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



## FICHE D'URGENCE 2018

### L'ENFANT :

Nom : ..... Prénom : .....

Date de naissance : ...../...../.....

Nom du représentant légal : .....

Adresse de la Famille : .....

.....

Nom et adresse du centre de sécurité sociale : .....

.....

Nom et adresse de l'Assurance :.....

.....

En cas d'accident, le Directeur du Centre s'efforce de prévenir la famille par les moyens les plus rapides. Veuillez faciliter notre tâche en nous donnant au moins un numéro de téléphone et en nous prévenant en cas de changement :

1 : n° tél du domicile : .....

2 : n° tél du père : .....

3 : n° tél de la mère : .....

4 : noms et n° de tél d'une ou plusieurs personnes susceptibles de vous prévenir rapidement :

1 .....

2 .....

3 .....