

# FICHE D'INSCRIPTION ANNUELLE

Valable du 1<sup>er</sup> JANVIER 2024 au 31 AOUT 2024

**Formulaire à compléter intégralement et lisiblement**



Groupe de votre enfant	<input type="checkbox"/> Maternel Enfant de - 6 ans	<input type="checkbox"/> Élémentaire de 6 ans à 11 ans	<input type="checkbox"/> HUB Collégien
------------------------	--	---	---

## ENFANT

NOM : ..... Prénom : ..... Fille  Garçon

NE(E) LE : ..... AGE : ..... Classe : ..... Ecole : .....

Suivi Assistante sociale  Suivi Education spécialisée  Bénéficiaire AEEH

Régime alimentaire :  Classique  Sans viande

Difficultés de santé et/ou recommandations des parents et /ou allergies : .....

PAI transmis le : ..... au secrétariat LEO LAGRANGE – Mission d'Animation de Bourgoin-Jallieu

## AUTORISATIONS PARENTALES

Je soussigné(e) : .....

Responsable légal de l'enfant : .....

Oui  Non  Autorise le responsable de l'accueil de loisirs à faire soigner mon enfant et à faire pratiquer toute intervention d'urgence, éventuellement sous anesthésie générale, selon les prescriptions du corps médical

Oui  Non  Autorise mon enfant à participer à l'ensemble des activités proposées par le centre (sorties, piscine, activités sportives, etc...).

Oui  Non  Autorise l'équipe d'animation à photographier, filmer, diffuser et publier l'image de mon enfant dans le cadre de la communication Léo Lagrange ou de la commune.

Oui  Non  Autorise mon enfant (à partir de 6 ans) à quitter seul l'accueil de loisirs

Oui  Je reconnais avoir pris connaissance du Règlement de Fonctionnement : disponible sur le site [www.leo-bourgoin.fr](http://www.leo-bourgoin.fr)

## PERSONNES AUTORISEES A RECUPERER MON ENFANT

NOM	Prénom	Lien de parenté	Téléphone

Exceptionnellement, j'autorise une personne **mineure** à venir récupérer mon enfant :

NOM / Prénom / Lien de parenté / Téléphone : .....

.....

ENFANT : NOM : ..... Prénom : .....

### SANTE DE L'ENFANT

#### DATES DES VACCINATIONS A REMPLIR OBLIGATOIREMENT

VACCINS OBLIGATOIRES	OUI	NON	DATES DERNIERS RAPPELS	VACCINS RECOMMANDES	DATES
Diptérie				Coqueluche	
Tétanos				Hépatite B	
Poliomyélite				Rubéole-Oreillons-Rougeole	
Ou DT polio				Autres (préciser)	
Ou Tétracoq				BCG	

### RENSEIGNEMENTS DE LA FAMILLE

Adresse complète du domicile : .....

N° Téléphone : ..... E-mail : .....

Assurance : ..... N° Sécu rattachement de l'enfant : .....

Mutuelle : ..... Assurance Responsabilité Civile : ..... Nb enfant : .....

CAF de : ..... N° allocataire : ..... Quotient familial : .....

**NOM et Prénom du parent 1 :**

.....

Profession : .....

Nom employeur et adresse : .....

.....

.....

Téléphone travail : .....

Téléphone portable : .....

**NOM et Prénom du parent 2 :**

.....

Profession : .....

Nom employeur et adresse : .....

.....

.....

Téléphone travail : .....

Téléphone portable : .....

Situation familiale :  MARIE  EN COUPLE  SEPARÉ/DIVORCÉ  VEUF/VEUVE  CELIBATAIRE

### DOSSIER ADMINISTRATIF DE L'ENFANT

Documents à fournir datant de **moins de 3 mois** à l'inscription de votre enfant

- Photocopie des vaccinations
- Attestation employeur, de formation ou de stage
- Attestation Quotient Familial CAF, MSA ou autre régime ou avis d'imposition
- Copie de l'attestation de droits sécurité sociale (disponible sur le site <https://assure.ameli.fr>)
- Copie de l'attestation d'assurance extrascolaire de l'enfant pour l'année en cours
- Justificatif de domicile

Facultatif :

- Copie du jugement pour famille en situation de garde alternée
- Certificat test aisance aquatique (piscine/Camps)

Fait à \_\_\_\_\_, Le \_\_\_\_\_

Signature des parents :

Possibilité d'envoyer  
les documents à  
[leo.bourgoin@leolagrange.org](mailto:leo.bourgoin@leolagrange.org)