

Dossier complet : Oui / Non

Domicile : BJ / Hors BJ

Saisie le :

FICHE D'INSCRIPTION ANNUELLE

Valable du 1^{er} SEPTEMBRE 2026 au 31 AOUT 2027

Formulaire à compléter intégralement et lisiblement



Groupe de votre enfant	<input type="checkbox"/> Maternel Enfant de - 6 ans	<input type="checkbox"/> Elémentaire 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 Panier repas (validation LLA)

Difficultés de santé et/ou recommandations des parents / conditions particulières d'accueil 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 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 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 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

PERSONNES AUTORISEES A RECUPERER MON ENFANT

NOM	Prénom	Lien de parenté	Téléphone

J'autorise une personne **mineure** à venir récupérer mon enfant (fratrie) :

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 de **moins de 3 mois** des deux parents en activité ou 1 seul si parent isolé (*modèle à télécharger sur notre site internet : www.leo-bourgoin.fr*)
- 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
- Copie du justificatif AEEH
- Certificat test aisance aquatique (piscine/Camps)

Fait à _____, Le _____

Signature des parents :