



**DOSSIER D'INSCRIPTION FAMILIAL UNIQUE
ACCUEIL DE LOISIRS
ANNEE 2025**

*"Les petites canailles"
Accueil de loisirs 3-11ans
AFRIJ*

LES PARTICIPANTS :

NOM	PRENOM	Date de naissance	Pour les enfants de 7 ans et plus
			<input type="checkbox"/> J'autorise mon enfant à repartir seul à la fermeture du centre et assume l'entière responsabilité
			<input type="checkbox"/> Je n'autorise pas mon enfant à repartir seul

ECOLE FREQUENTEE :

LES REPRESENTANTS LEGAUX :

	Parents		Représentant légal
	Maman	Papa	Autre que les parents
Nom, Prénom			
Date de naissance			
Numéro de sécurité sociale			
Situation familiale*			
Adresse			
Code postal			
Commune			
Tél domicile			
Tél portable			
Tél travail			
Adresse mail			
Profession			
Régime d'affiliation (CAF, MSA, autre)			
N° Allocataire ** (enfant relié au parent) Caf/Msa/Autres ...			
Quotient familial **			

*Situation familiale. Le cas échéant, décision judiciaire justifiant l'attribution de la garde de l'enfant.

** Renseignement obligatoire

DROIT A L'IMAGE :

Je soussigné(e) _____, représentant légal, autorise , n'autorise pas , les services Enfance et Jeunesse à diffuser publiquement la photographie ou la vidéo de mon (mes) enfant(s) par voie de presse , site internet , Padlet (blogs) .

TRANSPORTS :

J'autorise mon enfant à voyager : En voiture particulière (co-voiturage avec les parents, bénévoles, animateurs)
 En transport collectif (train, car)

RECEPTION DES FACTURES :

Par Mail (Envoi du logiciel dans les 3 jours, attention à vos indésirables). Imprimé (sera remise en main propre sur le centre).

J'autorise, Je n'autorise pas, l'AFRIEJ culture et loisirs à utiliser mon adresse mail et numéro de téléphone afin de recevoir toutes informations utiles concernant les activités (programmes vacances, sorties...).

L'association peut utiliser à des fins administratives l'application "Consultation des Données Allocataires par le Partenaire" (Cdap ex Cafpro) pour la consultation des QF.

J'en accepte son utilisation :

oui

non

CONTACTS : (Si différent des parents)

NOM	PRENOM	QUALITE	TELEPHONE	Autorisé à reprendre l'enfant ?		A prévenir en cas d'urgence ?	
				<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
				<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
				<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non

DOCUMENTS A FOURNIR A L'INSCRIPTION :

- Photocopie du carnet de vaccination
- Fiche sanitaire de liaison complétée
- Notification d'affiliation **CAF, MSA, ou Autre**

TOUT DOSSIER INCOMPLET SERA REFUSE

Engagement :

Je certifie exacts les renseignements portés sur ce dossier et sur les documents annexes, et m'engage à les réactualiser si nécessaire.

Je certifie avoir pris connaissance du règlement des accueils et m'engage à en respecter les conditions (toute modification du règlement sera portée à la connaissance des usagers par tous moyens utiles (affichage, site internet, Padlet).

Fait à :

le :

Signature