

Fiche d'inscription – année 2022/2023

Identification de l'enfant :

- Nom et prénom : \_\_\_\_\_ Sexe : \_\_\_\_\_  
- Date et lieu de naissance : \_\_\_\_\_ Age : \_\_\_\_\_  
- Ecole fréquentée : \_\_\_\_\_ Classe : \_\_\_\_\_

Identification de la famille :

- Nom et prénom du responsable légal : \_\_\_\_\_  
- Adresse : \_\_\_\_\_  
- Employeur/ Organisme de formation : \_\_\_\_\_

**Merci de noter un numéro de téléphone (OBLIGATOIRE)**

- Téléphone domicile : \_\_\_\_\_ Téléphone professionnel : \_\_\_\_\_  
- Téléphone portable : \_\_\_\_\_ Adresse mail : \_\_\_\_\_  
- Situation familiale : Célibataire  - Marié(e)  - Vie maritale  - Pacsé(e)  – Divorcé(e)

*En cas de divorce/séparation joindre impérativement l'extrait du jugement concernant la garde de l'enfant.*

- Nom et prénom du conjoint : \_\_\_\_\_  
- Adresse : \_\_\_\_\_  
- Téléphone domicile : \_\_\_\_\_ Téléphone professionnel : \_\_\_\_\_  
- Téléphone portable : \_\_\_\_\_ Adresse mail : \_\_\_\_\_  
- Employeur/ Organisme de formation : \_\_\_\_\_

**Personnes autorisées à venir chercher l'enfant (A REMPLIR OBLIGATOIREMENT) :**

Nom et Prénom	Adresse	Téléphone (fixe et mobile)

**Votre enfant participera à :**

ALP maternel matin  **oui**  **non**  
ALP maternel midi (cantine)  **oui**  **non**  
ALP maternel soir  **oui**  **non**

**Nous Autorisez-vous à :**

- Utiliser l'image de votre enfant mineur et éventuellement sa publication ?  
 **oui**  **non**
- Faire réaliser, en cas de besoin, les soins urgents jugés utiles après avis médical (de même, si une hospitalisation s'avérait nécessaire diagnostic effectué par un professionnel de santé) ?  
 **oui**  **non**

N°allocataire CAF, MSA ou autre régime (à préciser) : \_\_\_\_\_

**Notes médicales :**

Votre enfant a-t'il un PAI (*protocole d'accueil individualisé*) ?  **oui**  **non**

Nom du médecin à prévenir      spécialité      adresse      téléphone

**Antécédents médicaux – Allergies – Commentaires – Autres :**

**Merci de joindre les photocopies des pièces suivantes :**

- *Attestation CAF ou MSA de quotient familial de juin 2022*
- *Dernier avis d'imposition ou de non-imposition*
- *Attestation d'assurance scolaire*
- *Carnet de santé pages des vaccinations à jour*
- *Cotisation annuelle de 25.50 € à l'ALP à régler en espèces ou par chèque à l'ordre du Trésor Public.*

Je déclare sur l'honneur avoir pris connaissance du règlement intérieur de l'ALP ci-joint.

Bédarieux, le ...../...../.....

**Signature du Responsable Légal précédée de la mention **Lu et approuvé****