

Restaurant
Intercommunal

Arbois, Poligny, Salins
Cœur du Jura
17 rue de l'hôtel de
ville
39600 Arbois
03.84.66.30.02
a.dormoy@ccavv.eu



**A RENDRE
LE 07 juillet 2017**



ALSH Vadans
Tél : 06 31 54 38 38
alshvadans@ccavv.eu

FICHE DE RENSEIGNEMENTS

L'ENFANT

NOM..... PRENOM.....
DATE DE NAISSANCE...../...../..... SEXE F M
ETABLISSEMENT..... CLASSE.....

POUR LE RESTAURANT INTERCOMMUNAL **(Rappel : le régime définitif est à donner au plus tard le 15/09/2017)**

J'inscris mon enfant comme Demi-pensionnaire Mensuel Externe
(merci de cocher la case correspondante)

Pour les demi-pensionnaires, choisir le ou les jour(s):

Lundi Mardi Mercredi
Jeudi Vendredi

• RESPONSABLES LEGAUX :

Représentant 1 : père/ mère/ autres (préciser)

NOM..... PRENOM.....
ADRESSE..... VILLE.....
TEL DOM..... TEL PPORT.....
Profession..... TEL Travail.....
Adresse mail.....
(votre mail sera très utile pour échanger vos calendriers, avoir les informations...)

Représentant 2 : père/ mère/ autres (préciser)

NOM..... PRENOM.....
ADRESSE..... VILLE.....
TEL DOM..... TEL PPORT.....
Profession..... TEL Travail.....
Adresse mail.....

POUR L'ACCUEIL DE LOISIRS

Autorisés à récupérer l'enfant			A prévenir en cas d'accident		
Nom	Lien avec l'enfant	Tel (obligatoire)	Nom	Lien avec l'enfant	Tel (obligatoire)

- MÉDECIN TRAITANT

- ALLERGIES CONNUES OU CONTRE-INDICATIONS ALIMENTAIRES :

- CONTRE-INDICATIONS MÉDICALES

- DATE DU DERNIER RAPPEL DU VACCIN DT POLIO

• **DOCUMENT A FOURNIR:**

- Photocopie du dernier avis d'imposition 2016 (pour le calcul du tarif d'accueil à l'ALSH)
- Photocopie protocole d'action individuel(PAI) ou autres

Je suis bénéficiaire de :

- la CAF, n° allocataire :
- la MSA, n° allocataire :
- Autre régime :

• **PERSONNE OU STRUCTURE A FACTURER:**

- Cette personne / structure recevra les factures du restaurant intercommunal ainsi que les factures d'animation de l'ALSH.

NOM PRENOM

- J'autorise mon enfant à venir ou à rentrer seul sur le trajet domicile-ALSH

OUI NON

- Droit à l'image : j'autorise que mon enfant soit pris en photo dans le cadre des activités de l'accueil de loisirs

OUI NON

Je soussigné, responsable de l'enfant, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche.

Autorise le responsable de l'ALSH à prendre, le cas échéant toutes mesures (traitements médicaux, hospitalisations, interventions chirurgicales) rendues nécessaires par l'état de l'enfant.

Je certifie avoir pris connaissance du règlement intérieur du restaurant intercommunal et de l'accueil de loisirs et en accepte les conditions. J'autorise mon enfant à participer à l'ensemble des activités et des sorties organisées par l'Accueil de loisirs et de ce fait être transporté par l'ALSH.

A....., le