

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](mailto:a.dormoy@ccavv.eu)



A RENDRE  
LE 05 juillet 2017



ALSH Arbois  
9 grande rue  
39600 ARBOIS  
03.84.66.22.07  
[lesgribouillots@orange.fr](mailto:lesgribouillots@orange.fr)

## 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

<b>Autorisés à récupérer l'enfant</b>			<b>A prévenir en cas d'accident</b>		
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 .....