

**Nom et prénom de l'enfant :** \_\_\_\_\_  
**Date de naissance :** \_\_\_\_\_

Votre enfant a-t-il un PAI : non  oui  (nous fournir le justificatif)  
 Votre enfant bénéficie-t-il d'une AEEH : non  oui  (nous fournir le justificatif)  
 Dans quel établissement, votre enfant est-il scolarisé ? .....

Responsable légal N°1		Responsable légal N°2	
<b>Nom et prénom</b>		Nom et prénom	
<b>Adresse</b>		Adresse	
<b>Tel fixe</b>		Tel fixe	
<b>Tel portable</b>		Tel portable	
<b>Tel travail</b>		Tel travail	
<b>Mail</b>		Mail	

Etes-vous allocataire : CAF  MSA  Autres

N° d'allocataire : .....

**Pour les familles dépendant de la CAF autre que 42 ou de la MSA, merci de nous fournir une attestation du quotient familial. En l'absence du numéro d'allocataire et/ou du quotient familial, le tarif le plus élevé sera appliqué**

N° de sécurité sociale : .....

Personnes autorisées à récupérer votre enfant ou à prévenir en cas d'urgence (autres que les parents)	
<b>Nom prénom qualité :</b>	Tél :
<b>Nom prénom qualité :</b>	Tél :
<b>Nom prénom qualité :</b>	Tél :
Personnes non autorisées à venir récupérer votre enfant	

Lieu préférentiel d'hospitalisation (sous réserve de l'avis médical émis par le SAMU)

Hôpital  Clinique

AUTORISATIONS	OUI	NON
J'autorise le transport de mon enfant		
J'autorise mon enfant à quitter seul le centre de loisirs après les activités encadrées		
J'autorise l'accueil de loisirs à prendre mon enfant en photo pour servir de support à la communication		
J'autorise l'accueil de loisirs à diffuser les photos sur notre blog		
Je souhaite recevoir les factures par mail		

Le  
 Signature

