

LAVAL BOURNY GYM

FICHE DE RENSEIGNEMENTS

Accueil de Loisirs Sans Hébergement (ALSH) du 19 au 30 Octobre 2026

Nom-Prénom de l'enfant :

Date de naissance :

INSCRIPTION

Semaine 1 complète	Lundi 19 octobre	Mardi 20 octobre	Mercredi 21 octobre	Jeudi 22 octobre	Vendredi 23 octobre
Tarif ☐ 95,00 €	Tarif ☐ 19,00 €	Tarif ☐ 20,00 €	Tarif ☐ 23,00 €	Tarif ☐ 21,00 €	Tarif ☐ 17,00 €
Semaine 2 complète	Lundi 26 octobre	Mardi 27 octobre	Mercredi 28 octobre	Jeudi 29 octobre	Vendredi 30 octobre
Tarif ☐ 95,00 €	Tarif ☐ 18,00 €	Tarif ☐ 23,00 €	Tarif ☐ 23,00 €	Tarif ☐ 18,00 €	Tarif ☐ 18,00 €
Les deux semaines complètes : Tarif ☐ 185,00 €					

PERSONNE(S) AYANT AUTORITE PARENTALE DE L'ENFANT

➤ Responsable 1 (nom de la personne à inscrire sur la facture)

Nom-Prénom : Lien de parenté :

Adresse Internet : Portable :

Employeur + ville : Téléphone travail :

➤ Responsable 2

Nom-Prénom : Lien de parenté :

Adresse Internet : Portable :

Employeur + ville : Téléphone travail :

➤ Lien entre responsable 1 et 2 : ☐ marié ☐ pacsé ☐ vie maritale/concubinage ☐ séparé

➤ Coordonnées du foyer (adresse de facturation)

Téléphone :

Adresse complète :

.....

AUTRE(S) PERSONNE(S) A PREVENIR EN CAS D'URGENCE

➤ Nom-Prénom : Lien avec votre famille :

Téléphone : Portable :

➤ Nom-Prénom : Lien avec votre famille :

Téléphone : Portable :

AUTORISATION DE SORTIE DU CENTRE OU DE LA GARDERIE

L'enfant est-il autorisé à quitter seul notre structure : OUI ☐ NON ☐

Si NON, personnes autorisées à venir chercher l'enfant

➤ Nom-Prénom : ➤ Nom-Prénom :

Téléphone : Téléphone :

Lien de parenté ou autre : Lien de parenté ou autre :

RENSEIGNEMENTS SOCIAUX

- **Assuré social dont dépend l'enfant :**
N° d'immatriculation : Caisse d'affiliation
- **Caisse prestataire des allocations familiales :** CAF ☐ n° d'allocataire :
MSA ☐ n° d'allocataire :
AUTRE ☐
- **Complémentaire :**
Nom de la Mutuelle : N° d'affiliation :
- **Responsabilité civile :** OUI ☐ NON ☐ ➤ **Individuelle accident :** OUI ☐ NON ☐
Nom de la compagnie : Nom de la compagnie :
- **Votre enfant possède-t-il un dossier auprès de la MDA ?** OUI ☐ NON ☐

TRANSPORT

J'autorise mon enfant à être transporté par un tiers (animateur ou parent) dans le cadre des activités du centre de loisirs.

OUI j'autorise ☐ NON je n'autorise pas ☐

SOINS

En cas de nécessité, j'autorise les responsables de la structure ou du séjour à prendre le cas échéant, toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaire par l'état de l'enfant.

OUI j'autorise ☐ NON je n'autorise pas ☐

- Nom du médecin de famille :
Adresse :
Etablissement souhaité en cas d'hospitalisation :

PHOTOS/VIDEOS

J'autorise le responsable de la structure à utiliser les photographies et les films, réalisés dans le cadre des activités et des séjours du centre de loisirs et de l'accueil périscolaire, dans le cadre de la communication relative au centre de loisirs et à l'accueil périscolaire.

OUI j'autorise ☐ NON je n'autorise pas ☐

N'oubliez pas d'avertir l'association de tout changement pouvant survenir en cours d'année scolaire (changement de domicile, de situation, problèmes médicaux, ...).

Je soussigné(e), responsable légal de l'enfant
....., certifie avoir pris connaissance des modalités de fonctionnement de
l'ALSH organisé par le LBG et déclare exacts les renseignements portés sur ces fiches.

Fait à , le Signature