



SERVICE JEUNESSE ALSH
MAIRIE
RUE CARNOT
63160 BILLOM

04.73.73.37.67 / 06.85.42.28.00
alsh.billom@orange.fr

DOSSIER FAMILLE

	Responsable 1 Allocataire CAF	Responsable 2
Lien de parenté		
NOM		
Prénom		
Coordonnées		A remplir si différentes
Adresse		
Code postale / Ville		
TEL Domicile		
TEL Portable		
Mail		
TRAVAIL		
Profession		
Code Gestion sécurité sociale		
Employeur		
TÉLÉPHONE		
Personne majeure (autres que les responsables) à contacter en cas d'urgence ou habilitées à venir chercher l'enfant		
Nom / Prénom	Téléphones	Liens de parentés avec l'enfant

**Situation familiale entre les responsables
(barrer les mentions inutiles)**

Marié	Divorcé	Vie Maritale	Union Libre
Autres	Séparé		

- **Numéro CAF:.....**
- **Numéro MSA :.....**
- **Quotient Familial :..... Justificatif à fournir obligatoire**

(Barrer la mention inutile)

J'autorise / Je n'autorise pas, la Mairie de BILLOM à consulter mon quotient familial sur CAF PRO.

DOSSIER ENFANTS

1. NOM		Prénom	
SEXE (F/M)		Date de naissance : Age :	
2. NOM		Prénom	
SEXE (F/M)		Date de naissance : Age :	
3. NOM		Prénom	
SEXE (F/M)		Date de naissance : Age :	

AUTORISATIONS

Je soussigné(e)....., responsable légal
de(s) l'enfant(s)

autorise mon/mes enfant/enfants à participer aux
différentes activités organisées par l'accueil de loisirs.

1) J'autorise la Ville BILLOM à utiliser l'image (Photos et Vidéo) de mon enfant sur support numérique (réseaux sociaux, site de la ville...) et sur le journal La Montagne.

OUI

NON

2) Autorise le directeur à prendre toutes les mesures indispensables (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues indispensables pour la sécurité de mon enfant en cas de problèmes majeurs, d'accident.

OUI

NON

Information : pièces à fournir pour finaliser l'inscription de votre enfant :

- Justificatif de domicile de moins de 3 mois (facture d'eau, téléphone...)
- Attestation CAF ou MSA précisant le quotient familial
- une copie des vaccinations à jour
- Fiche Sanitaire
- Une attestation d'assurances extra-scolaire (garantie individuel corporelle)
- L'attestation sécurité sociale (code gestion)

Je déclare exacts les renseignements portés sur la fiche et m'engage à porter à la connaissance du directeur toutes modifications.

Date :/...../.....

Signature du responsable légal