



Mairie de Levens

CONTENU D'UN DOSSIER D'INSCRIPTION **CENTRE DE LOISIRS ET PERISCOLAIRE**

Le dossier d'inscription comporte les pièces suivantes :

- 1/ La fiche de renseignements et la fiche de liaison sanitaire, à retourner complétées et signées.
- 2/ Note d'information relative à l'utilisation de « CAFPRO » et aux modalités de règlement des prestations, à compléter et signer.
- 3/ Le règlement intérieur du Centre de loisirs et du Périscolaire à conserver.

PIECES A FOURNIR:

- 1/ Une attestation d'**assurance extra scolaire** en cours de validité.
- 2/ Une photocopie des vaccinations de l'enfant.
- 3/ **Pour les allocataires CAF** : Une attestation mentionnant le Quotient Familial (Q.F).
- 4/ **Pour les allocataires d'une autre caisse** : une attestation mentionnant les allocations versées et l'avis d'imposition 2015 et 2016 (dès que vous le recevez).
- 5/ **Pour les familles ne percevant aucune allocation** : l'avis d'imposition 2015 et 2016 (dès que vous le recevez).

ACCUEIL PERISCOLAIRE ET DE LOISIRS DE LEVENS

ANNEE 2016 / 2017

ENFANT

NOM : ECOLE :
PRENOM : CLASSE :
DATE DE NAISSANCE : ENSEIGNANT :

RESPONSABLE LEGAL 1

NOM : Tél. : Tél. pro :
PRENOM : EMAIL :
DATE DE NAISSANCE : N° ALLOCATAIRE :
ADRESSE : REGIME : CAF - MSA - AUTRE
CP : VILLE : PROFESSION & EMPLOYEUR :

RESPONSABLE LEGAL 2

NOM : Tél. : Tél. pro :
PRENOM : EMAIL :
DATE DE NAISSANCE : N° ALLOCATAIRE :
ADRESSE : REGIME : CAF - MSA - AUTRE
CP : VILLE : PROFESSION & EMPLOYEUR :

INSCRIPTIONS AUX ACTIVITES

GARDERIE DU MATIN MERCREDIS CENTRE DE LOISIRS
NOUVELLES ACTIVITES PERISCOLAIRE VACANCES CENTRE DE LOISIRS
GARDERIE DU SOIR

J'autorise Je n'autorise pas mon enfant à apparaître sur les différents supports d'information que pourrait utiliser l'accueil de loisirs (CD, DVD, journal, panneau d'affichage, site Internet, blog...)

HABILITATIONS

NOM/PRENOM : NOM/PRENOM :
Tél. : Tél. :
NOM/PRENOM : NOM/PRENOM :
Tél. : Tél. :
NOM/PRENOM : NOM/PRENOM :
Tél. : Tél. :

2016 / 2017

FICHE SANITAIRE

ENFANT

NOM :

PRENOM

INFORMATION MEDICALES

MEDECIN :

D.T.P. / /

B.C.G. / /

Test B.C.G. / /

Maladies contractées : RUBEOLE OREILLONS ROUGEOLE VARICELLE
SCARLATINE

ALLERGIES (asthmes, alimentaires, autres...)

REGIMES ALIMENTAIRES (sans porc, végétarien, autres...)

RECOMMANDATIONS PARTICULIERES (port de lunettes, prothèse, autres...)

Je soussigné(e)

Fait à

Le

Signature

Responsable légal de l'enfant, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise le responsable du séjour à prendre le cas échéant toutes mesures (traitements médicaux, hospitalisation, interventions chirurgicales) rendues nécessaires par l'état de mon enfant.

Je reconnais avoir reçu un exemplaire du règlement intérieur et m'engage à le respecter.

Conformément à la loi relative à l'informatique et aux libertés, vous disposez d'un droit d'accès aux informations vous concernant.



MAIRIE de LEVENS

06670

☎ 04 93 91 61 16
Fax 04 93 91 61 17

**NOTE D'INFORMATION A L'ATTENTION DES
ALLOCATAIRES CAF**

Madame, Monsieur,

Nous tenons à vous informer que la Caisse d'Allocations Familiales des Alpes-Maritimes met à votre disposition un service Internet à caractère professionnel qui nous permet de consulter directement les éléments de votre dossier d'allocations familiales nécessaires à l'exercice de notre mission.

Conformément à la loi du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés, nous vous rappelons que vous pouvez vous opposer à la consultation de ces informations en nous contactant. Dans ce cas, il vous appartient de nous fournir les informations nécessaires au traitement de votre dossier.

Nous vous rappelons par ailleurs que le règlement des prestations (tarifs selon votre quotient familial) doit s'effectuer par chèque bancaire, espèces et/ou CESU.

Je soussigné (e),

Père – Mère – Tuteur (entourer votre situation légale)

NOM..... PRENOM.....

DE L'ENFANT :

NOM..... PRENOM.....

Numéro d'allocataire du responsable légal ou du conjoint :

Merci de cocher votre choix :

Autorise la consultation de mon dossier CAF par l'intermédiaire du service CAFPRO,

N'autorise pas la consultation de mon dossier CAF par l'intermédiaire du service CAFPRO et m'engage à transmettre au CLSH les éléments nécessaires à la constitution du dossier.

Pour valoir ce que de droit.

Fait à Levens, le

Signature du responsable légal