

LOIX - ALSH PERISCOLAIRE CANTINE
FORMULAIRE DE RENSEIGNEMENTS

Année scolaire 2026/2027

ALSH

PERISCOLAIRE

CANTINE

Nom de l'enfant :

Prénom :

Date de naissance :

Lieu de naissance :

Sexe : F M

Assurance :

N° contrat :

Joindre l'attestation

Parent 1 :	Responsable Légal : OUI NON
Nom : Prénom: Adresse : Téléphone(s) : Domicile : Portable : Professionnel : Mél : @ Profession : Employeur : Situation familiale : célibataire marié séparé/divorcé vie maritale veuf pacsé Destinataire des factures : OUI NON (1 seul destinataire)	

Parent 2 :	Responsable Légal : OUI NON
Nom : Prénom: Adresse : Téléphone(s) : Domicile : Portable : Professionnel : Mél : @ Profession : Employeur : Situation familiale : célibataire marié séparé/divorcé vie maritale veuf pacsé Destinataire des factures : OUI NON (1 seul destinataire)	

Autre personne :	Responsable Légal : OUI NON
Nom : Prénom:	
Adresse :	
Téléphone(s) : Domicile : Portable : Professionnel :	
Mél :	
Lien de parenté/autre :	
Profession : Employeur :	
Destinataire des factures : OUI NON (1 seul destinataire)	

Régime de santé :
Régime général SS / MSA / RSI / autre :
Nom, adresse et téléphone du médecin traitant de l'enfant :

Régime des prestations familiales
CAF n° /MSA n° /Aucune prestation familiale
<i>Quotient familial :</i>
<i>Joindre une attestation (à défaut le plein tarif sera appliqué)</i>

Renseignements sanitaires : (cocher au moins une case)
☐ Pas de PAI ☐ PAI médical (asthme, allergie...) ☐ PAI lié à un handicap (MDPH) joindre une copie du document <u>Si pas de PAI, allergie alimentaire ou autre élément à signaler :</u>

Autorisations de sorties :

- Personne éventuelle à prévenir en cas d'urgence (autre que les parents) :

NOM

Prénom

Téléphone :

- Nom et prénoms des personnes autorisées à venir chercher l'enfant (*en plus du ou des responsables légaux*)

Mme/M.

Téléphone :

Mme/M.

Téléphone :

Mme/M.

Téléphone :

L'enfant est-il autorisé à partir seul de la garderie - l'ALSH ou accompagné d'un mineur ?

☐ Non☐ Oui Heure

Avec (nom et prénom)

Qualité (frère, sœur...) :

Informations complémentaires concernant votre enfant :

Je soussigné(e)

Responsable de l'enfant :

Déclare exacts les renseignements portés ci-dessus. J'autorise l'accueil de loisirs à prendre le cas échéant toutes les mesures rendues nécessaires par l'état de l'enfant (hospitalisation, intervention chirurgicale, traitement médical...)

Fait à
Signature

Le