

#### DOCUMENTS À FOURNIR :

- Attestation d'Assurance Responsabilité Civile : RC
- Copie du livret de famille : parties parents et enfants
- Copie du carnet de santé : vaccins
- Aide financière du comité d'entreprise
- Attestation de natation

#### DOCUMENTS À COMPLÉTER ET À SIGNER :

- Fiche d'inscription
- Autorisation parentale
- Autorisation de sortie (autre personne que les titulaires de l'autorité parentale)
- Fiche sanitaire (vaccins, allergies, maladies, médecin...)
- Droit à l'image

# Communauté de communes



# Fiche d'inscription

## ACCUEIL DE LOISIRS DE VARS

2 Rue Principale

16330 VARS

06.04.51.46.29 / 05.45.20.09.67

[centreloisirsvars@coeurdecharente.fr](mailto:centreloisirsvars@coeurdecharente.fr)

[www.coeurdecharente.fr](http://www.coeurdecharente.fr)



L'inscription est **OBLIGATOIRE** pour des raisons de sécurité (notamment lié au taux d'encadrement) et de qualité du service. Les enfants non inscrits préalablement ne seront pas acceptés aux activités.

Vous devez remplir **une fiche par enfant**.

La **facturation** sera établie en fonction des informations fournies sur cette fiche.

## IDENTITÉ DE L'ENFANT

NOM : \_\_\_\_\_ PRÉNOM : \_\_\_\_\_

Garçon  Fille

DATE ET LIEU DE NAISSANCE : le \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ à \_\_\_\_\_

ÂGE ET NIVEAU SCOLAIRE : \_\_\_\_\_

ÉTABLISSEMENT SCOLAIRE FRÉQUENTÉ : \_\_\_\_\_

ADRESSE DU DOMICILE HABITUEL DE L'ENFANT : \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

## RÉGIME FAMILIAL

CAF  MSA  Autre régime .....

Numéro d'allocataire :

Quotient Familial :

Recommandations des titulaires de l'autorité parentale :

## IDENTITÉ DES TITULAIRES DE L'AUTORITÉ PARENTALE

**Titulaire 1 :**  Père  Mère  Responsable légal

NOM : \_\_\_\_\_ PRÉNOM : \_\_\_\_\_

DATE ET LIEU DE NAISSANCE : le \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ à \_\_\_\_\_

ADRESSE : \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

☎ fixe : \_\_\_\_\_ ☎ portable : \_\_\_\_\_ ☎ travail : \_\_\_\_\_

@ : \_\_\_\_\_

Profession : \_\_\_\_\_

**Titulaire 2 :**  Père  Mère  Responsable légal

NOM : \_\_\_\_\_ PRÉNOM : \_\_\_\_\_

DATE ET LIEU DE NAISSANCE : le \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ à \_\_\_\_\_

ADRESSE : \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

☎ fixe : \_\_\_\_\_ ☎ portable : \_\_\_\_\_ ☎ travail : \_\_\_\_\_

@ : \_\_\_\_\_

Profession : \_\_\_\_\_

**Personne majeure à prévenir en cas d'urgence (autre que les titulaires de l'autorité parentale)**

NOM : \_\_\_\_\_ PRÉNOM : \_\_\_\_\_

DATE DE NAISSANCE : le \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ à \_\_\_\_\_

ADRESSE : \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

☎ fixe : \_\_\_\_\_ ☎ portable : \_\_\_\_\_

Adresse de facturation :  Titulaire 1  Titulaire 2