

Ce document est à renseigner intégralement la 1ère année d'accueil de l'enfant et valable pour 3 ans. Néanmoins le parent peut à tout moment y compris en cours d'année faire une modification de l'intégralité des informations communiquées. Il suffit pour cela d'en faire la demande express auprès du service enfance à l'adresse suivante : **enfance@paysdelunel.fr**. Par défaut, pendant 3 ans, sans demande des parents, les informations initialement renseignées sont reprises. À noter que chaque année le service enfance rappellera par mail aux parents de confirmer l'ensemble des données renseignées sur ce présent document.

Cadre réservé à l'administration
- Tarif de référence -

2022	2023	2024
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

ENFANT(s)

Nom/Prénom :
Date de naissance :
Âge :
 Fille Garçon
 Régime sans porc : Non Oui
 A t-il des allergies ? Non Oui
 PAI Non Alimentaire Médicale

Nom/Prénom :
Date de naissance :
Âge :
 Fille Garçon
 Régime sans porc : Non Oui
 A t-il des allergies ? Non Oui
 PAI Non Alimentaire Médicale

Nom/Prénom :
Date de naissance :
Âge :
 Fille Garçon
 Régime sans porc : Non Oui
 A t-il des allergies ? Non Oui
 PAI Non Alimentaire Médicale

Nom/Prénom :
Date de naissance :
Âge :
 Fille Garçon
 Régime sans porc : Non Oui
 A t-il des allergies ? Non Oui
 PAI Non Alimentaire Médicale

RENSEIGNEMENTS PARENTS

	Parent 1	Parent 2
Nom / Prénom		
Adresse		
CP / Ville		
Tél. / Mobile		
E-mail		
Employeur (Nom et ville)		
Tél. travail		
Allocataire CAF 34 <input type="checkbox"/> CAF 30 <input type="checkbox"/> MSA <input type="checkbox"/> Pêche maritime <input type="checkbox"/> Autre <input type="checkbox"/>		
n° Allocataire		
Existe-t-il une entente entre les parents pour la garde des enfants OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>		
Médecin de famille :		
Adresse - Ville - Tél. :		
Nom Assurance et n° de Police :		

PERSONNES AUTORISÉES À CONTACTER ET/OU RÉCUPÉRER LES ENFANTS AUTRE QUE LES PARENTS

(Par ordre de priorité)

Contacteur	Récupérer	Nom / Prénom	N° tél.	Lien avec l'enfant

Je soussigné(e), Père, Mère, ou Tuteur,
inscris le ou les enfant(s) ci-dessus nommé(es) à l'Accueil de Loisirs de la Communauté de Communes du Pays de Lunel, le ou les autorise(nt) à participer à toutes les activités organisées dans le cadre des Loisirs intercommunaux et autorise le Responsable à prendre les mesures nécessaires en cas de maladie ou d'accident.

Cette inscription vaut adhésion aux mesures définies dans le règlement intérieur.

(Règlement consultable en ligne : www.paysdelunel.fr, rubrique Vivre ici - Enfance - Accueils de loisirs)

2022

2023

2024

À
le
Signature

À
le
Signature

À
le
Signature

