

# Dossier d'inscription Périscolaire et ALSH de Biriato

Dossier valable du 1<sup>er</sup> septembre 2022 au 31 août 2023.

Nom : .....  
Prénom : .....  
Sexe :  Féminin  Masculin  
Date de naissance : ...../...../.....  
Ecole : .....

**PERSONNES AUTORISEES A RECUPERER MON ENFANT : (seuls les personnes mentionnées seront autorisés à récupérer votre enfant).**

**PERSONNES A CONTACTER EN CAS D'URGENCE (parents en priorité)**

Nom, prénom, lien : ..... Téléphone.....

Nom, prénom, lien : ..... Téléphone.....

Nom, prénom, lien : ..... Téléphone.....

Nom, prénom, lien : ..... Téléphone.....

<b>RENSEIGNEMENTS MEDICAUX</b>	
<b>Joindre la copie des vaccins</b>	
<b>Allergies</b>	<b>Conduite à tenir</b>
Alimentaires :	
Médicamenteuse :	
Asthme :	
Autres :	
PAI <input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non <i>Si oui en remettre un exemplaire</i>	
Antécédents médicaux :	
L'enfant porte-t-il: des lentilles, des lunettes, des prothèses auditives, des prothèses dentaires, précisez:	
Médecin traitant :	Téléphone :
Adresse :	
<b>O J'autorise l'hospitalisation de mon enfant en cas d'urgence à l'hôpital de Bayonne ou autre : .....</b>	

<b>AUTORISATIONS</b>	<b>OUI</b>	<b>NON</b>
J'autorise mon enfant à participer aux sorties dans le cadre de l'ALSH		
J'autorise mon enfant à se baigner dans le cadre de l'ALSH		
J'autorise la Mairie de Biriato à exploiter pour tout usage de reproduction et de représentation les photographies ou les images vidéo sur lesquelles figure mon enfant exclusivement pour les supports d'information et de communication municipaux.		
J'autorise mon enfant à rentrer seul		

**RENSEIGNEMENTS FAMILIAUX**

Responsable légal	Responsable légal
Lien : .....	Lien : .....
Nom : .....	Nom : .....
Prénom : .....	Prénom : .....
Adresse : .....	Adresse : .....
.....	.....
Téléphone fixe : .....	Téléphone fixe : .....
Téléphone portable : .....	Téléphone portable : .....
<b>Adresse mail</b> : .....	<b>Adresse mail</b> : .....
Profession : .....	Profession : .....
Employeur : .....	Employeur : .....
Téléphone : .....	Téléphone : .....

**Situation familiale :**En cas de séparation :  Garde alternée      où       La garde est attribuée à :**FACTURATION****Joindre attestation du quotient familiale si inférieur à 1250€**

La facture doit être adressée à :

En cas de séparation, souhaitez-vous que la facture soit partagée :       Oui       NonN° sécurité sociale : .....

N° sécurité sociale : .....

Régime :  CAF     MSA     autre : .....

Régime :  CAF     MSA     autre : .....

N° d'allocataire : .....

N° d'allocataire : .....

Quotient familial : .....

Quotient familial : .....

**ASSURANCES**

**Joindre une attestation d'assurance extrascolaire en cours de validité**

Extrascolaire : ..... N° de contrat : .....

**O Je déclare avoir pris connaissance du règlement intérieur**

**Date :**

**Signatures des responsables légaux :**

**DOCUMENTS OBLIGATOIRES A FOURNIR**

Photocopie des vaccins  
Attestation d'assurance extrascolaire  
Attestation du quotient familiale  
Attestation de l'Aide aux Temps Libre pour les bénéficiaires.

ALSH Biriadou

05.59.20.69.08

clshbiriadou@hotmail.fr