

Dossier d'inscription Périscolaire et ALSH de Biriato

Dossier valable du 1^{er} septembre 2026 au 31 août 2027.

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.....

RENSEIGNEMENTS MEDICAUX

Joindre la copie des vaccins

Allergies

Alimentaires :

Médicamenteuse :

Asthme :

Autres :

Conduite à tenir

PAI ☐ Oui ☐ Non *Si oui en remettre un exemplaire*

Antécédents médicaux :

L'enfant porte-t-il: des lentilles, des lunettes, des prothèses auditives, des prothèses dentaires, précisez:

Médecin traitant :

Téléphone :

Adresse :

O J'autorise l'hospitalisation de mon enfant en cas d'urgence à l'hôpital de Bayonne ou autre :

AUTORISATIONS

OUI

NON

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

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 :
Adresse mail :	Adresse mail :
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 familial si inférieur à 1250€	
La facture doit être adressée à : En cas de séparation, souhaitez-vous que la facture soit partagée : ☐ Oui ☐ Non	
N° sécurité sociale :	N° sécurité sociale :
Régime : ☐ CAF ☐ MSA ☐ autre : N° d'allocataire :	Régime : ☐ CAF ☐ MSA ☐ autre : N° d'allocataire :

Quotient familial :.....	Quotient familial :.....
<u>ASSURANCES</u>	
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 :

<u>DOCUMENTS OBLIGATOIRES A FOURNIR</u> Photocopie des vaccins Attestation d'assurance extrascolaire Attestation du quotient familiale Attestation de l'Aide aux Temps Libre pour les bénéficiaires.
