

SAISIE NOE ☐

Réservé administration

Année	Date inscription	Quotient	Activité fréquentée	N� adhésion	Montant adhésion	Mode de paiement	Cotisation ALSH 1�	Mode paiement
2025 - 2026								
2026 - 2027								
2027 - 2028								

MARIE ☐ CELIBATAIRE ☐ SEPAR  ☐ VEUF ☐ VIE MARITALE ☐ DIVORCE ☐ PACSE ☐

MADAME <input type="checkbox"/>	MONSIEUR <input type="checkbox"/>
Nom :	Nom (si diff�rent) :
Prénom :	Prénom :
Date de naissance :	Date de naissance :
Adresse :	Adresse :
Téléphone domicile :	Téléphone domicile :
Téléphone portable:	Téléphone portable:
Téléphone travail :	Téléphone travail :
Email :	Email :
Profession :	Profession :
Autres : RSA <input type="checkbox"/> chômeur <input type="checkbox"/> sans profession <input type="checkbox"/>	Autres : RSA <input type="checkbox"/> chômeur <input type="checkbox"/> sans profession <input type="checkbox"/>
N� ALLOCATAIRE CAF :	
N� SECURITE SOCIALE (uniquement pour les activités enfants).....	

ORGANISME QUI VERSE DES ALLOCATIONS FAMILIALES : ☐ CAF ☐ MSA ☐ AUTRE

Nombre d'enfants à charge.....

(1) NOM prénom de l'enfant date de naissance

(2) NOM prénom de l'enfant date de naissance

(3) NOM prénom de l'enfant date de naissance

ENGAGEMENTS ET AUTORISATIONS :

- ☐ J'autorise le centre à utiliser les éventuelles photos ou films vidéo faits de (**mon enfant, de moi-même**) lors de ses activités pour usage de communication (presse, expo, publicité, Facebook du centre de loisirs, site Internet : <http://cssaintjust.free.fr>).
- ☐ Je certifie sur l'honneur l'exactitude des renseignements figurant sur cette fiche, et je m'engage à signaler tout changement de situation familiale, d'adresse, d'Email ou de n  de téléphone
- ☐ J'autorise le directeur du centre social à prendre toutes les mesures qu'il jugera utiles, en cas d'accident ou d'incident survenant sur la personne de mon enfant
- ☐ J'autorise le centre social à accéder directement à mon dossier allocataire par l'intermédiaire du service nommé CAFPRO
- ☐ J'autorise mon enfant à participer aux sorties de plein air, baignades, à utiliser les transports dans le cadre des activités.
- ☐ Pour le centre aéré et les activités enfants, j'autorise mon enfant à rentrer seul OUI ☐ NON ☐
- ☐ J'atteste avoir pris connaissance du règlement intérieur, le respecter, ainsi que les horaires.
- ☐ J'autorise le centre à saisir mes informations personnelles et médicales.

2025-2026

Date :
Signature

2026-2027

Date :
Signature

2027-2028

Date :
Signature

FICHE SANITAIRE ENFANT

3/5	5/6	6/8	9/12
-----	-----	-----	------

NOM	Prénom	Date naissance

AUTORITE PARENTALE : les deux ☐ mère ☐ père ☐

Allergies (alimentaires ou médicamenteuses)

.....
.....
.....
.....
.....

Je m’engage à fournir une copie du carnet de vaccination de mon enfant à chaque nouveau vaccin.

☐

Régime alimentaire : (Cochez la case)

Sans viande ☐ Sans porc ☐

Autre :

Problèmes de santé.....

.....
.....
.....
.....

PERSONNES A PREVENIR EN CAS D’URGENCE

NOM	PRENOM	ADRESSE	TELEPHONE	QUALITE

PERSONNES AUTORISEES A VENIR CHERCHER L’ENFANT AUTRES QUE LES PARENTS

NOM	PRENOM	ADRESSE	TELEPHONE	QUALITE

2025-2026

Date :
Signature

2026-2027

Date :
Signature

2027-2028

Date :
Signature