

DOSSIER FAMILLE 2026/2027

COMMUNAUTE DE COMMUNES DU QUERCY BLANC

ALSH & PERISCOLAIRE

ENFANTS (merci d'indiquer uniquement les enfants nés d'une même union)

Nom		Prénom		né le		Sexe		Classe et école	
Nom		Prénom		né le		Sexe		Classe et école	
Nom		Prénom		né le		Sexe		Classe et école	

RESPONSABLES LEGAUX

Situation familiale Mariés ☐ Célibataire ☐ Vie maritale ☐ Séparés / Divorcés ☐ Veuf / Veuve ☐
Parent 1 Autorité parentale OUI ☐ NON ☐ **Parent 2** Autorité parentale OUI ☐ NON ☐

	NOM et Prénom	
	TELEPHONE PERSONNEL	
	PROFESSION	
	EMPLOYEUR	
	TELEPHONE PROFESIONNEL	
	COURRIEL	
	ADRESSE POSTALE DOMICILE	
	CODE POSTAL et VILLE	
	DATE DE NAISSANCE	

CONTACT DE FACTURATION

COURRIEL :

COUVERTURE SOCIALE DU PAYEUR

CAF ☐ MSA ☐ Autre
 Nom Allocataire :
 N° Allocataire :
 Allocataire enfant handicapé : Oui ☐ non ☐

J'autorise la consultation et la conservation des données me concernant issues de CAFPRO (consultation des données allocataires). Sans cette autorisation, la facturation se fera au plafond.

RECOMMANDATION UTILES DES PARENTS

Souhaitez-vous nous faire part d'un élément concernant votre enfant (mode de garde, port de lunette, lentilles, allergies, régime alimentaire, qui n'a pas le droit de venir chercher l'enfant, spécifications médicales, suivis médicaux...)

OUI ☐ NON ☐

Précisez :

PERSONNES AUTORISEES à RECUPERER VOTRE ENFANT(s) (HORS RESPONSABLES LÉGAUX)

NOM et prénom		
NOM et prénom		
NOM et prénom		
NOM et prénom		

ASSURANCES**RESPONSABILITE CIVILE ET OU RESPONSABILITE INDIVIDUELLE ACCIDENTS CORPORELS**

Parent 1

Parent 2

Nom de la compagnie d'assurance

N° de contrat

Je reconnais en signant ce document :

- Avoir pris connaissance des règlements intérieurs afin d'avoir toutes les informations nécessaires (horaires, tarifs, fonctionnement, ...) et respecter les conditions de celui-ci
- Autorise les responsables de la structure à prendre toutes les mesures d'urgence en cas d'accident
- Certifie que notre enfant est couvert par une assurance "responsabilités civile" hors temps scolaire
- Autorise notre enfant à participer aux activités extérieures du centre de loisirs et ainsi à utiliser les services de transport adapté pour se rendre du lieu d'accueil aux sites concernés
- Prenons acte que dans le cadre de reportages, d'articles portant sur les animations réalisées par la Structure, des photos des jeunes peuvent être utilisées (journaux locaux, WhatsApp, etc....). Dans le cas contraire, nous nous engageons à joindre à ce dossier une attestation écrite, datée et signée, précisant notre refus.
- Régler les prestations relatives aux présences
- Fournir des couches pour la sieste si mon enfant en a besoin

Fait à :

--

Le :

--

Signature :

--

A fournir :

- ☐ Attestation d'assurance responsabilité civile hors temps scolaire
- ☐ Attestation du quotient familial CAF ou MSA
- ☐ Attestation d'aides aux temps libres et aux loisirs (CAF) ou pass accueil (MSA)
- ☐ Copie des pages de vaccinations à jour du carnet de santé
- ☐ 1 boîte de mouchoirs et 1 paquets de serviettes en papier
- ☐ Le PAI signé à fournir obligatoirement ainsi que les prescriptions et médicaments (ordonnances)
- ☐ Les prescriptions et médicaments en cas d'allergies (ordonnance)