



# FICHE D'INSCRIPTION

## Enfant Inscrit

Nom : .....

Prénom : .....

Né (e) le : ..... Age :

Lieu de naissance : .....

Si naissance multiple (indiquez le rang) :  
1  2  3  4

Sexe : Masculin  Féminin

Ecole : .....

Classe : .....

**ACCUEILS PERISCOLAIRES  
MULTI-SITES LONGUYON /  
GRAND FAILLY/ SAINT-JEAN-  
LES-LONGUYON**

## COORDONNEES FAMILLE

**Nom - Prénom du Père** : .....

Adresse : .....

Tél Fixe : ..... Tél Portable : .....

E-mail : .....

Responsable Légal de l'Enfant :  OUI  NON

Profession : ..... Employeur : .....

N° TEL : .....

N° Sécurité Sociale : ..... N° Allocataire CAF (7 chiffres) : .....

Quotient Familial en cours : ..... Euros (justificatif joint)

**Etes-vous d'un régime particulier** :  MSA

Luxembourg ou Belgique  AUTRES (précisez) : .....

**Nom - Prénom de la Mère** : .....

Adresse : .....

Tél Fixe : ..... Tél Portable : .....

E-mail : .....

Responsable Légal de l'Enfant :  OUI  NON

Profession : ..... Employeur : .....

N° TEL : .....

N° Sécurité Sociale : ..... N° Allocataire CAF (7 chiffres) : .....

Quotient Familial en cours : ..... Euros (justificatif joint)

**Etes-vous d'un régime particulier** :  MSA

Luxembourg ou Belgique  AUTRES (précisez) : .....

## AUTORISATION PARENTALE

Je soussignée (personne responsable) : .....,  
certifie inscrire mon enfant : ..... aux accueils  
périscolaires de Longuyon / Grand Faily suivant la ou les fiches annexées ci-jointes.  
J'ai pris connaissance des conditions générales de fonctionnement de l'accueil.

J'autorise mon enfant à participer à toutes les activités et sorties organisées dans le  
cadre des accueils de loisirs, notamment les activités nautiques.

J'ai pris connaissance qu'il pouvait y avoir des déplacements : transport collectif  
(bus, minibus...) dans le respect de la législation en vigueur.

J'autorise la direction du centre à prendre toutes les mesures utiles dans le cas où  
mon enfant aurait besoin de soins médicaux ou hospitaliers.

- J'autorise la reproduction et la diffusion de photographies de mon enfant  
réalisées dans le cadre des accueils périscolaires de la T2L et ne portant pas  
atteinte à sa réputation ou à sa vie privée. (1)

OUI

NON

- J'autorise la télévision locale de Longuyon à filmer et à diffuser les vidéos de  
mon enfant réalisées dans le cadre des accueils périscolaires de la T2L et ne  
portant pas atteinte à sa réputation ou à sa vie privée. (1)

OUI

NON

(1) Cochez la mention choisie

**Je signale le régime particulier alimentaire suivant pour mon enfant :**

.....

Fait à ..... le .....  
Signature personne responsable :

## AUTORISATION DE DEPART

Je soussigné(e) nom, prénom : .....

Agissant en qualité de responsable légal (e) de l'enfant :

**Nom :** .....

**Prénom :** .....

**Date de naissance :** ...../...../.....

- Autorise mon enfant scolarisé à l'école primaire à quitter seul l'accueil de  
Longuyon / Grand Faily
- N'autorise pas mon enfant à quitter seul l'accueil Longuyon / Grand Faily
- J'autorise la ou les personnes suivantes (+ de 16 ans) à venir chercher mon  
enfant :

	NOM	PRENOM	ADRESSE	TELEPHONE
1				
2				
3				

Observations particulières : .....  
.....

Le :  
Signature :