



ANNEE SCOLAIRE 2025 / 2026

FICHE DE RENSEIGNEMENTS ACCUEIL DE LOISIRS

Ecole fréquentée : _____

Situation familiale : Célibataire Vie maritale Pacsé/ Marié Divorcé/séparé Veuf

	REPRESENTANT LEGAL 1	REPRESENTANT LEGAL 2
NOM D'USAGE		
NOM DE NAISSANCE		
PRENOM		
QUALITE (père, mère...)		
Autorité parentale	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>
Date de naissance		
CONJOINT, si différent du responsable légal 2		
ADRESSE COMPLETE		
domicile		
portable		
professionnel		
@ Courriel (obligatoire)		
Employeur		

EN CAS DE SEPARATION ET / OU GARDE ALTERNEE

En cas de séparation, la résidence habituelle de l' (des) enfant(s) est fixée : Chez le père Chez la mère

En cas de garde alternée :

* Calendrier d'alternance : Semaine paire : Responsable légal 1 Responsable légal 2
Semaine impaire : Responsable légal 1 Responsable légal 2

FACTURATION DES SERVICES PERISCOLAIRES

Débiteur : Responsable légal 1 Responsable légal 2 Autre

En cas de garde alternée, les factures doivent-elles être envoyées selon le calendrier d'alternance ? oui non



La facture, pour la restauration et les services périscolaires, sera mise en ligne sur le portail famille. Vous en recevrez une notification par mail. Si vous souhaitez recevoir la facture par courrier, merci de cocher la case ci-contre.

RENSEIGNEMENTS RELATIFS AUX ENFANTS

Ecole fréquentée : _____

	1 ^{er} enfant	2 ^{ème} enfant	3 ^{ème} enfant
NOM			
PRENOM			
SEXE			
DATE DE NAISSANCE			
ALLERGIES ALIMENTAIRES	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>
Lesquelles ? Si oui, un P.A.I. devra être établi.			
REGIME ALIMENTAIRE PARTICULIER	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>
Lequel (ex : ne mange pas de viande)			
ALLERGIES MEDICAMENTEUSES	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>
Lesquelles ?			
AUTRES ALLERGIES	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>
Lesquelles ?			
ASTHME	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>
A t-il un P.A.I ?	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>

CONTACT DES PERSONNES AYANT PLUS DE 16 ANS et habilitées à venir chercher l'enfant (hors responsables légaux)

Nom	Prénom	 fixe	 portable	Lien avec l'enfant	Age (pour les frères et soeurs)

RENSEIGNEMENTS DIVERS

 Allocataire CAF (régime général) Régime spécial (MSA ou autre)

Nom et prénom de l'allocataire _____

N° allocataire _____

Nom et numéro de téléphone du médecin traitant de(s) enfant(s) : _____

ASSURANCE DES ENFANTS

 Responsabilité civile : OUI NON

 Individuelle accident : OUI NON

Compagnie d'assurance : _____

N° de police d'assurance : _____

Cadre réservé au service :

Date : Q.F.

Date : Q.F.

INSCRIPTION A L'ACCUEIL DE LOISIRS VACANCES SCOLAIRES

Facturation de l'accueil de loisirs

Débiteur : Responsable légal 1 Responsable légal 2 Autre

En cas de garde alternée, les factures doivent-elles être envoyées selon le calendrier d'alternance ? OUI NON

Semaine paire : Responsable légal 1 Responsable légal 2

Semaine impaire : Responsable légal 1 Responsable légal 2

La facture, pour l'accueil de loisirs, vous sera envoyée par courrier ou par mail pour chaque période.

Autorisations (A remplir OBLIGATOIREMENT)

- **Sortie de mon enfant (élémentaire uniquement) :** J'autorise / je n'autorise pas (rayer la mention inutile) mon enfant à quitter seul l'ALSH. J'assume la pleine et entière responsabilité de cette demande et décharge la Mairie de toute responsabilité en cas de problème survenant après la sortie de l'enfant.
- **Droit à l'image :** J'autorise / Je n'autorise pas (rayer la mention inutile) l'utilisation de l'image de mon (mes) enfant(s) dans le cadre des publications municipales (papier ou multimédia).

Attestations

Je soussigné(e) _____ Père Mère Tuteur(trice)

- Déclare exacts les renseignements portés sur ce document et m'engage à faire connaître tout changement.
- M'engage à respecter les horaires des différents services utilisés.
- Déclare avoir pris connaissance du règlement de l'accueil de loisirs et en accepte les conditions.
- Déclare que mon enfant est assuré en cas d'accident dont il serait victime ou auteur.
- M'engage à régler à la ville de Beaumont les frais incombant à notre famille dans les délais exigés.
- J'autorise mon (mes) enfant(s) à utiliser les transports mis en place par l'accueil de loisirs pour toute sortie.
- J'autorise en cas d'urgence à faire donner à mon (mes) enfant(s) tous les soins (y compris le transport dans un véhicule de secours) nécessités par son état.

Fait à : _____ Le : _____

Précédée de la mention « lu et approuvé »

Signature(s) obligatoire(s) :

Il appartient à la famille de fournir tous les documents nécessaires au traitement de son dossier.

Conformément à la loi « informatique et libertés » du 6 janvier 1978 modifiée en 2004, vous bénéficiez d'un droit d'accès et de rectification aux informations qui vous concernent, que vous pouvez exercer en vous adressant à la Direction de l'Enfance et de la Vie Scolaire.