



ACCUEIL DE LOISIRS - Commune de MANSAC - Fiche Famille 2025-2026

JOINDRE OBLIGATOIREMENT VOTRE DERNIER AVIS D'IMPOSITION ET L'ASSURANCE EXTRA SCOLAIRE DE CHAQUE ENFANT

Responsable légal

NOM :	Tél. dom. :
Prénom :	Tél portable :
Adresse :	Email mère :
Ville :	Email père :
Situation de famille : ☐ Marié ☐ Pacsé ☐ Vie maritale ☐ Célibataire ☐ Veuf (ve)	

Profession des parents

Responsable légal	Conjoint(e)
Emploi :	
Employeur :	
Adresse :	
CP/Ville :	
Tél. travail :	

ORGANISME SOCIAL

Caisse d'Allocations familiales de la Corrèze	Numéro :
Caisse d'Allocations familiales de la Dordogne	Numéro :
Mutualité Sociale Agricole	Numéro :
Autre régime	Numéro :

ASSURANCE (merci de fournir une photocopie de l'assurance)

Assurance scolaire MAE	Numéro :
Autre assurance :	Numéro :
Nom du médecin :	Tél. du médecin :

Personnes autorisées à reprendre l'(les) enfant(s) :

1°)	Tél. :
2°)	Tél. :

Aides (merci de fournir le(s) justificatif(s))	
Avez-vous droit :	
- aux Pass' alsh ?	☐ Oui, montant : ☐ Non
- à une aide d'un Comité d'Entreprise ? Lequel :	☐ Oui, montant : ☐ Non
- à une aide de la MSA ?	☐ Oui, montant : ☐ Non
- à une autre aide ? Laquelle :	☐ Oui, montant : ☐ Non

ENFANTS

Nombre d'enfant de la famille :

NOM : Date de naissance :
 Prénoms : Lieu de naissance :
 Sexe : Age :
 Etablissement scolaire fréquenté :
 Classe :

NOM : Date de naissance :
 Prénoms : Lieu de naissance :
 Sexe : Age :
 Etablissement scolaire fréquenté :
 Classe :

NOM : Date de naissance :
 Prénoms : Lieu de naissance :
 Sexe : Age :
 Etablissement scolaire fréquenté :
 Classe :

NOM : Date de naissance :
 Prénoms : Lieu de naissance :
 Sexe : Age :
 Etablissement scolaire fréquenté :
 Classe :

Je soussigné(e) (Nom, Prénom) (père, mère, tuteur)

responsable légal de :

- Déclare que mon enfant est en bonne santé, a subi les vaccinations réglementaires et peut s'adapter à la vie en collectivité.
- Autorise le directeur de l'accueil de loisirs à prendre sur avis médical, en cas d'accident, toute mesure d'urgence y compris éventuellement l'hospitalisation,
- Autorise mon enfant à pratiquer toute activités proposées à l'accueil de loisirs avec ou sans transport,
- Autorise mon enfant à être photographié (photos ou images) dans le cadre des activités de l'accueil de loisirs,

Déclare avoir pris connaissance des conditions d'inscription et de fonctionnement.

Fait à le/...../20.....

Signature