



# INSCRIPTION LALP 2016 - 2017

## FICHE DE RENSEIGNEMENTS

### IDENTITE DE L'ENFANT :

Classe : 6<sup>e</sup> / 5<sup>e</sup> / 4<sup>e</sup> / 3<sup>e</sup>/2<sup>nd</sup>/1<sup>er</sup> / ter

Ecole Fréquentée : \_\_\_\_\_ Commune : \_\_\_\_\_

Nom : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_ Sexe : M - F (1)

Date de naissance : \_\_ / \_\_ / \_\_ Lieu de naissance : \_\_\_\_\_

Brevet de Natation : Oui - Non (1) Sait-il nager ? : Oui - Non (1)

Régime alimentaire : Oui - Non (1) Si oui, lequel : \_\_\_\_\_

### RESPONSABLE LEGAL DE L'ENFANT :

Nom : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_ Sexe : M - F (1)

Adresse : \_\_\_\_\_

Code postal : \_\_\_\_\_ Ville : \_\_\_\_\_

Téléphone (domicile) : \_\_ / \_\_ / \_\_ / \_\_ / \_\_ Téléphone (portable) : \_\_ / \_\_ / \_\_ / \_\_ / \_\_

Adresse internet : \_\_\_\_\_

j'autorise la CCPS à m'envoyer des informations sur :

les animations enfance  la programmation culturelle  les animations nature

je ne souhaite pas recevoir ces informations

Régime professionnel :  Régime général  M.S.A.  Autre régime : \_\_\_\_\_

N° sécurité sociale : \_ \_ \_ \_ \_ Caisse : \_\_\_\_\_

C.M.U. (Couverture Maladie Universelle) : Oui (**joindre copie**) - Non (1) Valable jusqu'au : \_\_ / \_\_ / \_\_

N° ALLOCATAIRE CAF (OBLIGATOIRE) : \_\_\_\_\_ QF : \_\_\_\_\_ Caisse du Nord

Employeur père : \_\_\_\_\_ Téléphone (bureau) : \_\_ / \_\_ / \_\_ / \_\_ / \_\_

Mère : Nom \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_

Employeur mère : \_\_\_\_\_ Téléphone (bureau) : \_\_ / \_\_ / \_\_ / \_\_ / \_\_

### AUTRES ACCUEILLANTS :

- Grands parents : pour les enfants non scolarisés, non résidents dans la C.C.P.S.
- Famille d'accueil

Nom : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_ Sexe : M - F (1)

Adresse : \_\_\_\_\_

Code postal : \_\_\_\_\_ Ville : \_\_\_\_\_

Téléphone (domicile) : \_\_ / \_\_ / \_\_ / \_\_ / \_\_ Téléphone (portable) : \_\_ / \_\_ / \_\_ / \_\_ / \_\_

(1) rayer la mention inutile.

