



C.L.S.H. Intercommunal pour les Jeunes
Espace Enfance Jeunesse
43300 Siaugues Ste Marie

FICHE D'INSCRIPTION ANNUELLE

Nom du jeune : **Prénom** :

Date de naissance :

Nom du responsable légal de l'enfant :

Père

Mère

Tuteur

Afin de respecter le conventionnement avec la Caisse d'Allocations Familiales de Haute-Loire, merci d'indiquer si vous relevez :

Du régime général de la Sécurité Sociale * :

Numéro de SS :

Numéro d'allocataire CAF si vous percevez des prestations familiales :

* A compter du 1^{er} janvier 2005 les agents titulaires de la Fonction Publique d'Etat relèvent du régime général à l'exception des agents de l'Education Nationale qui relèveront de ce régime au 1^{er} juillet 2005.

Du régime Agricole :

Numéro d'allocataire :

De régimes particuliers et spéciaux :

SNCF , EDF-GDF, France Télécom, Pêche maritime, secteur minier

Caisse d'affiliation :

Numéro d'allocataire :

Fait à

Le

Signature :

précédée de « lu et approuvé »



AUTORISATION PARENTALE

Je soussigné(e), père mère tuteur

- déclare avoir pris connaissance des modalités de fonctionnement du CLSH et du règlement concernant le paiement des prestations et m'engage à les respecter.
- m'engage à fournir et/ou remplir les documents nécessaires et requis pour l'inscription de mon enfant au centre.
- autorise mon enfant à fréquenter le CLSH Intercommunal pour les jeunes de la Communauté de Communes du Langeadois et à participer à toutes les activités organisées dans ce cadre et autorisées par la réglementation.
- autorise le directeur à prendre toute mesure qu'il jugerait utile au cas où mon enfant aurait besoin de soins urgents et autorise l'anesthésie de mon enfant au cas où, victime d'un accident ou d'une maladie aiguë à évolution rapide, il aurait à subir une intervention chirurgicale.
- m'engage à rembourser à la Communauté de Communes du Langeadois les sommes qu'elle règlera dans l'intérêt de mon enfant.

En cas d'accident ou de soucis mineurs, nous devons pouvoir contacter ou prévenir la famille par les moyens les plus rapides. Veuillez faciliter notre tâche :

- 1) Remplir la fiche sanitaire de liaison
- 2) Nous communiquer les numéros de téléphone en cas d'urgence ou de complément d'information (et nous avertir en cas de changement) :

Père (Travail) : Domicile :
Portable :

Mère (Travail) : Domicile :
Portable :

Nom et n° de téléphone d'une personne susceptible de vous prévenir rapidement :
.....

Fait à

Le

Signature :
précédée de « lu et approuvé »