

Association Comité de Gestion  
des Centres de Loisirs  
de la ville de Lormont (C.G.C.V.L)  
Château des Iris  
Chemin des Iris  
33310 Lormont  
Tél. : 05.56.33.83.95  
Courriel : [cgv1@wanadoo.fr](mailto:cgv1@wanadoo.fr)

## DOSSIER PARENT 2010-2011

NOM PRENOM DU PERE : .....

NOM PRENOM DE LA MERE : .....

LES ENFANTS QUI FREQUENTENT LES ACCUEILS DE LOISIRS :

NOM ..... PRENOM.....

NOM ..... PRENOM.....

NOM ..... PRENOM.....

NOM ..... PRENOM.....

### DOCUMENTS A FOURNIR :

- Votre dernier avis d'imposition.
- Un justificatif de domicile.
- Un justificatif d'allocation chômage, des indemnités journalières sécurité sociale pour maladie, pensions et rentes.
- Une attestation des ressources CAF.
- Photocopie de l'attestation de sécurité sociale de la personne qui couvre le ou les enfant(s).
- Photocopie de la carte d'allocataire CAF.
- Photocopie des vaccinations du ou des enfant(s) inscrits.
- Photocopie de l'assurance extra scolaire en cours du ou des enfant(s) inscrits.
- Photo d'identité pour les enfants de 3 et 4 ans.
- Adhésion à l'association « Comité de Gestion ».

## INFORMATIONS CONCERNANT LA FAMILLE

M. ou Mme .....		Ville : .....	
Adresse du domicile : .....		Courriel du domicile : .....	
Code postal : .....		.....	
Téléphone du domicile : .....		.....	
<b>COORDONNÉES DU PÈRE</b>		<b>COORDONNÉES DE LA MÈRE</b>	
Nom : ..... Prénom : .....		Nom : ..... Prénom : .....	
Profession : .....		Profession : .....	
Adresse de l'employeur : .....		Adresse de l'employeur : .....	
Fixe : ..... Portable : .....		Fixe : ..... Portable : .....	
Numéro de Sécurité Sociale : .....		N° allocataire CAF ou MSA : .....	

<p><b>COEFFICIENT</b></p> <p>.....</p> <p><b>PRIX JOURNÉE</b></p> <p>.....</p>
--------------------------------------------------------------------------------

J'autorise l'association à photographier et filmer mon ou mes enfant(s) lors des activités proposées.

**OUI      NON**

*Barrez la mention inutile*

Signature :

ENFANT(S) INSCRITS		Date et Lieu de Naissance	Accueil de Loisirs Fréquenté	Arrêt de Bus	Allergies, régime alimentaire particulier ou problème de santé
Nom	Prénom				

J'autorise à venir récupérer mon ou mes enfant(s) inscrits : M. ou Mme ..... Téléphone : .....

M. ou Mme ..... Téléphone : .....

M. ou Mme ..... Téléphone : .....

M. ou Mme ..... Téléphone : .....

**BON POUR L'ANNÉE 2010/2011**

**DATE : ..... / ..... / 2011**

**SIGNATURE :**