



Dossier d'inscription

Accueils de Loisirs péri et extrascolaires

Enfant / Jeune :

Nom, prénom :

Date de naissance : / / Sexe : F / G

Situation Familiale des parents :

Marié (e) Vie Maritale parent isolé Séparé / divorcé/veuf (ve)

Modalité d'exercice de l'autorité parentale : conjointe Père Mère Autres

Représentant légal : Mère

Nom, Prénom :

Adresse :

Code Postal : Commune :

Adresse Mail :

☎ : Domicile : Téléphone portable :

Employeur : Téléphone :

Détenteur de l'Autorité Parentale

Représentant légal : Père

Nom, Prénom :

Adresse :

Code Postal : Commune :

Adresse Mail :

☎ : Domicile : Téléphone portable :

Employeur : Téléphone :

Détenteur de l'Autorité Parentale

Autre Responsable de l'Enfant (ASF, famille d'accueil, conseil départemental) :

Organisme :

Nom, Prénom (réfèrent) :

Téléphone : Téléphone portable :

Adresse Mail :

Autres Personnes susceptibles d'être prévenues en cas d'urgence :

Nom, prénom : Téléphone : Téléphone portable :

Nom, prénom : Téléphone : Téléphone portable :

Nom, prénom : Téléphone : Téléphone portable :

Documents à fournir en complément du dossier:

- Photocopie du ou des avis d'imposition – année :
- Photocopie du carnet de vaccination
- Attestation d'assurance
- Aides aux Temps Libres de la CAF si vous en bénéficiez
- Justificatif habilitant le tiers responsable à inscrire l'enfant (ASF, famille d'accueil, conseil départemental)

En cas de séparation :

- Photocopie du jugement ou du référé concernant la garde de l'enfant (circulaire n°94-149 du 13 avril 1994)

IPNS. Ne pas jeter sur la voie publique

Autorisations Parentales

- Je soussignée.....père, mère, tuteur de l'enfant, tiers auquel l'enfant est confié¹, de
- Je soussigné.....père, mère, tuteur de l'enfant, tiers auquel l'enfant est confié¹, de

| | OUI | NON |
|---|--|--|
| - Autorise mon enfant à pratiquer sans restriction toutes les activités de l'accueil de loisirs, ainsi qu'à participer aux transports nécessaires. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| - Autorise les animateurs à filmer ou à prendre des photos de mon enfant afin de les utiliser ultérieurement pour toute action de communication et de promotion du Service. (Ces photos ne seront pas accompagnées d'informations susceptibles de rendre identifiable votre enfant, dont le nom ne sera pas mentionné) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| - Autorise les animateurs à filmer ou à prendre des photos de mon enfant afin de les utiliser dans le cadre exclusif de l'activité proposée. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Autorise mon enfant à rentrer : - Seul, à pied ou à vélo..... - Avec un mineur (frère, sœur) - Si oui, heure de départ :h..... | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |
| Autorise l'Accueil de Loisirs à confier mon enfant aux diverses personnes citées ci-dessous : | | |
| Nom, prénom : Adresse : ☎ : Domicile..... Travail..... Téléphone portable | | |
| Nom, prénom : Adresse : ☎ : Domicile..... Travail..... Téléphone portable | | |
| Nom, prénom : Adresse : ☎ : Domicile..... Travail..... Téléphone portable | | |
| Nom, prénom : Adresse : ☎ : Domicile..... Travail..... Téléphone portable | | |

¹ Rayez les mentions inutiles.

Attestation

- Je soussignée..... père, mère, tuteur de l'enfant, tiers auquel l'enfant est confié², de
- Je soussigné..... père, mère, tuteur de l'enfant, tiers auquel l'enfant est confié², de.....

- ❖ Certifie avoir pris connaissance du fonctionnement de l'Accueil de loisirs.
- ❖ Certifie avoir pris connaissance et adhère au règlement intérieur ci-joint de la structure.
- ❖ M'engage à rencontrer l'animateur, le directeur, en cas de problèmes occasionnés par mon enfant.
- ❖ M'engage à prendre en charge, toute dégradation dont mon enfant serait responsable.
- ❖ M'engage à rembourser à l'organisateur (la COVATI), les honoraires médicaux et les frais pharmaceutiques avancés en raison de soins prodigués.
- ❖ A été informé d'avoir, en vertu des articles 30 et 40 de la loi n°78-17 du 6 janvier 1978 dites « Loi informatique et libertés », un droit d'accès, de modification, de rectification et de suppression des données qui me concernent.

Fait à, le.....

Signature(s) du ou des représentant légaux :

² Rayez les mentions inutiles.

Renseignements sanitaires

NOM :PRENOM :

Vaccinations : (obligatoire)

Fournir la photocopie du carnet de vaccination en vérifiant que le nom de l'enfant est clairement mentionné.

Indiquez ci-dessous les éléments médicaux susceptibles d'avoir des répercussions sur le déroulement de l'accueil

Maladies ou allergies sévères connues : (exemple diabète, asthme, allergies alimentaires.....)

Conduite à tenir spécifique : (sommeil, hygiène, alimentation, port de lunettes, port d'appareillage auditif.....)

Traitement médicamenteux : (susceptibles d'avoir des répercussions sur le temps de l'accueil)

si le traitement doit être pris sur le temps de l'accueil **contactez le responsable**. La copie de l'ordonnance en cours de validité est obligatoire.

Allergies médicamenteuses connues :

Signalez toute difficulté de santé aux responsables des structures d'accueil fréquentées

En cas d'urgence :

. Je soussigné(e),..... autorise, en qualité de représentant légal de l'enfant, le responsable de la structure à prendre toutes les mesures nécessaires.

. Je soussigné(e),..... autorise, en qualité de représentant légal de l'enfant, le responsable de la structure à prendre toutes les mesures nécessaires.

Je certifie sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés ci-dessus et m'engage à signaler toute modification des renseignements fournis

Signatures des représentants légaux :

Médecin traitant :

Nom : Téléphone :

Commune :