

**Service Enfance de la CC4V  
Dossiers d'Inscription ALSH 2017/2018**



**Liste des documents nécessaires pour la constitution du dossier d'inscription de votre enfant :**

<b>Documents donnés au moment de l'inscription :</b>	<b>Documents à fournir au moment de l'inscription :</b>
Fiche individuelle d'inscription	Photocopies des pages relatives aux vaccins et maladies infantiles
Fiche sanitaire de liaison	Photocopie de l'attestation des droits à la Sécurité Sociale actualisée sur laquelle figure l'enfant
Fiche d'autorisations parentales	Photocopie de l'attestation CAF (N° d'allocataire et montant perçu) ou dernier avis d'imposition des revenus du foyer
Un exemplaire du règlement intérieur	Attestation d'assurance responsabilité civile extra-scolaire de l'année scolaire en cours
Grille de Tarifaire en vigueur	Jugement de divorce (autorité parentale/mode de garde)
Planning de réservation de la période souhaitée	

**Dossier à remettre complet au Responsable de la structure d'accueil de loisirs**

**Informations prévisionnelles relatives à vos besoins lors des vacances scolaires :**

Afin d'anticiper au mieux la présence de votre enfant, merci de bien vouloir nous indiquer à quelle période il serait susceptible d'être inscrit :

Périodes	Oui	Non	Quelques jours	Toute la durée des vacances
Vacances d' Eté				
Vacances de la Toussaint				
Vacances de Noël				
Vacances d'Hiver				
Vacances de Pâques				

**Merci de bien vouloir cocher les cases en fonction de vos besoins**

**Une information relative aux périodes d'ouverture et fermeture des accueils de loisirs sera transmise aux familles, ainsi qu'un planning de réservation spécifique à chaque période de vacances scolaires**

**Si vos besoins changent en cours d'année, merci de bien vouloir l'indiquer par courrier.**

Fait à ..... le : / /

**Signature :**

# Service Enfance de la CC4V Dossiers d'Inscription ALSH 2017/2018



## FICHE INDIVIDUELLE D'INSCRIPTION 2017/2018

### 1/ L'enfant :

Nom :	Prénom :
Date de Naissance :	Sexe :
Lieu de Naissance :	
Adresse :	

### 2/ La Famille :

	Mère	Père	ou représentant légal
<b>Nom :</b>			
<b>Prénom :</b>			
<b>Adresse :</b> (si différente de celle de l'enfant)			
<b>Tel Domicile :</b>			
<b>Tel Portable :</b>			
<b>Tel Professionnel</b>			
<b>Courriel :</b>			
<b>Profession :</b>			
<b>Employeur :</b>			
<b>Adresse de l'employeur :</b>			

- ◆ Situation de Famille (\*1) : Mariés / Pacsés / Séparés / Divorcés / Parents naturels / Famille d'accueil
  - Y-a-t-il une décision de justice concernant la garde de l'enfant ? Oui / Non
- ◆ N° de Sécurité Sociale : .....
- ◆ Régime Général / MSA (\*1) / Autre (lequel) : .....
- ◆ N° CAF / MSA : .....
- ◆ Assurance Responsabilité civile Extra-scolaire : Compagnie .....  
N° de Police.....

(\*1) : Rayer les mentions inutiles

Je soussigné, ....., responsable légal de l'enfant, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche. Je m'engage à signaler à la direction de l'Accueil de Loisirs tout changement concernant les renseignements mentionnés ci-dessus.

Fait à ..... le :        /        /

**Signature :**

## **AUTORISATIONS PARENTALES 2017/2018**

Je soussigné ..... responsable légal de l'enfant : .....

### **Autorisations dans le cadre des activités**

Autorise mon enfant à :

- participer à toutes les activités et sorties organisées par l'Accueil de Loisirs de la CC4V.
- utiliser le transport collectif.
- être photographié et/ou filmé seul ou en groupe durant une activité, une sortie pour affichage et/ou diffusion dans le cadre de la communication de la CC4V.

### **Autorisations aux soins**

- Autorise le personnel de la structure à prendre, le cas échéant, toutes les mesures et initiatives rendues nécessaires par l'état de l'enfant. En cas de doute, d'urgence médicale ou d'accident, les pompiers et/ou SAMU seront appelés et les parents prévenus.
- En cas de transfert aux urgences et/ou en pédiatrie, décharge la direction du centre de toutes responsabilités pendant le trajet jusqu'à l'hôpital et autorise l'équipe médicale à pratiquer les gestes qu'elle jugera indispensables au regard de l'état de santé de mon enfant.
- Autorise, en cas de blessures bénignes (égratignures, écorchures, coups...), l'équipe d'animation à apporter les soins nécessaires en tenant compte des restrictions inhérentes à la réglementation en vigueur, et qui seront notifiés dans le cahier infirmerie.

### **Autorisations et conditions de départ**

Autorise les personnes citées ci-dessous à venir chercher mon enfant à l'accueil de loisirs:

	1ère personne désignée	2ème personne désignée	3ème personne désignée
<b>Nom :</b>			
<b>Prénom :</b>			
<b>Lien de parenté (ou autre)</b>			
<b>Adresse :</b>	..... ..... .....	..... ..... .....	..... ..... .....
<b>Tel Domicile :</b>			
<b>Tel Portable :</b>			

**J'atteste également avoir pris connaissance du règlement intérieur du Service Enfance de la CC4V, joint à ce dossier d'inscription et j'accepte de m'y conformer.**

Fait à ..... le : / /

**Signature** (suivi de la mention "Lu et approuvé")

**Service Enfance de la CC4V**  
**Dossiers d'Inscription ALSH 2017/2018**



**FICHE SANITAIRE DE LIAISON 2017/2018**

**L'enfant :**

Nom : ..... Prénom : .....

Date de naissance :        /        /        Sexe : .....

**Renseignements médicaux :**

**L'enfant a-t-il déjà eu les maladies suivantes ?**

Varicelle	Rubéole	Rougeole	Scarlatine	Coqueluche	Otite	Oreillons	Angine	Rhumatisme articulaire aigu
Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui
Non	Non	Non	Non	Non	Non	Non	Non	Non

(\*1) : Rayer la mention inutile

**Vaccinations : La copie des vaccins est à remettre au moment de l'inscription.**

Si votre enfant n'a pas les vaccins obligatoires, joindre un certificat de contre-indication.

**Allergies :**

Asthme	Alimentaire	Médicamenteuse	Autres
Oui	Oui	Oui	Oui
Non	Non	Non	Non

**Précisez la cause de l'allergie et la conduite à tenir :**

.....  
.....  
.....

**Régime alimentaire particulier (joindre certificat médical) :** .....

**Les difficultés de santé (maladie, accident, crises convulsives, hospitalisation, opération, rééducation...)**

Précisez les dates et les précautions à prendre :

.....  
.....

**Recommandations utiles des parents, votre enfant porte-t-il des lunettes, des lentilles, des prothèses auditives, des prothèses dentaires. Précisez :**

.....  
.....

**Traitement médical**

L'enfant suit-il un traitement médical pendant les accueils : Oui / Non (\*1) : Rayer la mention inutile

Si oui, joindre un certificat médical récent et les médicaments correspondants (boîtes de médicaments dans leur emballage d'origine avec la notice et marquées au nom de l'enfant)

Je soussigné....., responsable légal de l'enfant, déclare exact les renseignements portés sur cette fiche et autorise l'équipe pédagogique, à prendre le cas échéant, toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de santé de mon enfant.

Fait à ..... le :        /        /

**Signature :**