



DOSSIER D'INSCRIPTION 2023/2024

Service Enfance Jeunesse

LES DOSSIERS SONT A REMETTRE AVANT LE 30/06/2023

Restauration scolaire Accueil périscolaire (garderie) Accueil de loisirs ACM

RENSEIGNEMENTS SUR L'ENFANT

NOM : _____

Prénom : _____

Né(e) le : _____ à _____

Ecole : MATERNELLE ELEMENTAIRE Classe : _____

RENSEIGNEMENTS SUR LES RESPONSABLES

RESPONSABLE LEGAL 1

Titulaire de l'autorité parentale :

OUI NON

NOM : _____

Prénom : _____

Adresse : _____

Tel. Domicile : _____

Tel. Portable : _____

Tel. Travail : _____

Mail : _____

Situation familiale :

Marié(e) Pacsé(e)

Veuf(ve) Célibataire

Divorcé(e) Séparé(e)

Concubinage

RESPONSABLE LEGAL 2

Titulaire de l'autorité parentale :

OUI NON

NOM : _____

Prénom : _____

Adresse : _____

Tel. Domicile : _____

Tel. Portable : _____

Tel. Travail : _____

Mail : _____

Situation familiale :

Marié(e) Pacsé(e)

Veuf(ve) Célibataire

Divorcé(e) Séparé(e)

Concubinage

Personne ayant la charge quotidienne de l'enfant :

Responsable 1 Responsable 2 Garde alternée Autre : _____

AUTORISATIONS PARENTALES

DEPLACEMENTS

J'autorise Je n'autorise pas

Mon enfant à participer aux activités et sorties organisées dans le cadre du fonctionnement de l'accueil de loisirs, à utiliser tous les moyens de transport et à sortir des locaux d'accueil dans le cadre d'activités.

DROIT À L'IMAGE

Que mon enfant soit photographié(e) ou filmé(e) dans le cadre des activités extrascolaires ou périscolaires.

J'autorise Je n'autorise pas

La diffusion de photos sur tout support de communication de la commune (Article de presse, exposition, réseaux sociaux).

J'autorise Je n'autorise pas

EN CAS D'URGENCE

J'autorise Je n'autorise pas

Le responsable des structures d'accueil de loisirs à prendre, le cas échéant, toutes les mesures nécessaires en cas d'urgence et m'engage à rembourser les frais si besoin. Un enfant accidenté ou gravement malade sera dirigé automatiquement vers les services de secours d'urgence et la famille sera prévenue.

Médecin traitant de l'enfant : _____ Tel : _____

PERSONNES À CONTACTER EN PRIORITÉ EN CAS D'URGENCE :

Nom – Prénom : _____ Lien de parenté : _____ Tel : _____

Nom – Prénom : _____ Lien de parenté : _____ Tel : _____

Nom – Prénom : _____ Lien de parenté : _____ Tel : _____

Nom – Prénom : _____ Lien de parenté : _____ Tel : _____

SCOLARISATION

Ecole-Maternelle Ecole-Primaire

Institution (IME ITEP, IEM, IES...), nom de l'institution _____

L'enfant bénéficie-t-il d'un Projet Personnel de Scolarisation (P.P.S.)

Le P.P.S. propose des dispositifs tels que : AVS/AESH

Oui Non Ne souhaite pas répondre

SUIVI COMPLEMENTAIRE (CAMSP, CMP, CMPP, Hôpital de jour)

Oui Non Ne souhaite pas répondre

BENEFICIAIRE DE L'AEEH (Allocation d'Education de l'Enfant Handicapé)

Recensement pour la CAF à des fins statistiques. Cette valorisation peut, permettre selon les situations l'octroi de financement pour améliorer la prise en compte des besoins particuliers de l'enfant dans la structure.

Oui Non Ne souhaite pas répondre

REGIME ALIMENTAIRE

Aucun Si oui préciser :

DOCUMENTS OBLIGATOIRE A FOURNIR

Assurance Péri-scolaire / Extra-scolaire

Une attestation du médecin traitant certifiant que le mineur est à jour de ses vaccins. A défaut, joindre une copie du carnet de vaccination.

Fiche sanitaire dûment remplie (*remis en annexe du présent dossier*)

Attestation CAF / Quotient familial 2023

En cas de divorce, séparation, délégation à un(e) tuteur(trice), fournir la copie du jugement.

Si prélèvement joindre un RIB et la mandat SEPA dûment remplie (*remis en annexe du présent dossier*)

Si votre enfant bénéficie d'un (PAI, PPS, AEEH ...) joindre une copie des documents ou un justificatif.

QUOTIENT FAMILIAL

N° ALLOCATAIRE CAF : _____

PRISE EN CHARGE DE L'ENFANT

Les personnes autorisées à récupérer votre enfant sont :

Nom – Prénom : _____ Lien de parenté : _____ Tel : _____

Nom – Prénom : _____ Lien de parenté : _____ Tel : _____

Nom – Prénom : _____ Lien de parenté : _____ Tel : _____

Nom – Prénom : _____ Lien de parenté : _____ Tel : _____

Nom – Prénom : _____ Lien de parenté : _____ Tel : _____

Nom – Prénom : _____ Lien de parenté : _____ Tel : _____

Si l'une des personnes autorisées est mineure veuillez joindre au dossier un courrier manuscrit daté et signé, autorisant cette dernière à récupérer votre enfant sur les temps souhaités (garderie soir / Centre de loisirs).

SIGNATURE OBLIGATOIRE

Je soussigné(e)

NOM – Prénom (Responsable de l'enfant) : _____

NOM – Prénom de L'enfant : _____

Reconnais avoir pris connaissance du règlement de fonctionnement et m'engage à respecter les modalités d'inscriptions et de fonctionnements de l'accueil périscolaire et extra-scolaire applicables pour l'année scolaire 2023 / 2024.

Fait à Théza, le _____

Signature



FICHE SANITAIRE

NOM-Prénom de l'enfant :

Date de naissance : _____ Âge : _____

RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX CONCERNANT L'ENFANT

L'enfant suit-il un traitement médical ?

Oui Non

Si oui, joindre obligatoirement une ordonnance récente, et une lettre manuscrite autorisant l'équipe d'animation à donner le traitement.

Médecin traitant de l'enfant : _____ Tel : _____

L'enfant a-t-il une allergie ?

Allergie Alimentaire **Oui** Préciser _____ Non

Allergie Médicamenteuse **Oui** Préciser _____ Non

Un PAI (Projet d'Accueil Individualisé) est-il mis en place pour l'accueil de l'enfant sur le temps scolaire **Oui** **Non**

Nature du PAI Préciser _____

L'enfant présente-t-il un problème de santé ?

Oui Préciser _____ **Non**

Joindre un certificat médical précisant la cause, les signes évocateurs et la conduite à tenir.

Votre enfant porte-t-il des lentilles, des lunettes, des appareils dentaire ou auditif, a-t-il des difficultés de sommeil ?

Oui Préciser _____ **Non**

Je soussigné(e) _____ responsable légal du mineur déclare exact les renseignements portés sur cette fiche et m'engage à les réactualiser si nécessaire. J'autorise le responsable de l'accueil de loisirs à prendre, le cas échéant, toutes mesures rendues nécessaires selon l'état de santé de ce mineur.

Date _____

Signature