Tout dossier incomplet ou envoyé par mail sera refusé

Aucune photocopie ne sera faite par nos services

Ci-dessous tous les documents indispensables à l'enregistrement de cette inscription :

- ❑ **Copie** du justificatif de domicile.
- ❑ **Copie** de l'attestation d'assurance responsabilité civile couvrant les activités **périscolaires** et/ou **extrascolaires**
- ❑ **Copie** des vaccinations et des maladies contagieuses du carnet de santé de l'enfant
- ❑ Pour les familles non allocataires CAF ou MSA : **Copie** des Avis d'imposition **Année N-2**
- ❑ Si la garde de l'enfant est confiée à un seul parent, **copie** du jugement précisant l'identité du responsable légal unique.
- ❑ Parents séparés en l'absence de jugement : fournir une attestation sur l'honneur précisant comment va s'effectuer la garde des enfants et la prise en charge de la facture.
- ❑ Pour les familles d'accueil : **Copie** Justificatif de placement

DOCUMENTS SUPPLEMENTAIRES pour les ALSH adolescents (Points Jeunes) :

- ❑ Attestation de natation pour la pratique d'activités aquatiques.
- ❑ Certificat médical d'aptitude aux sports pour la pratique de certaines activités sportives en fonction de la réglementation en vigueur.

Droit à l'image : Donne l'autorisation de diffuser les photographies et vidéos de mon enfant prises dans le cadre des animations du service enfance/jeunesse, pour des articles de presse, expositions, journal du centre, etc. : ❑ Oui ❑ **Non**

Date et Signature

Du responsable légal qui inscrit l'enfant **OU** de l'organisme pour les familles d'accueil

Certifie sur l'honneur l'exactitude des renseignements fournis et déclare avoir pris connaissance du règlement intérieur :

- Affiché dans les structures d'accueil
- Téléchargeable sur www.cc-acvi.com

Le, _____ **Signature précédée de la mention**

A, _____ **"lu et approuvé "**

Communauté de communes Albères Côte Vermeille ILLIBERIS
Pôle Enfance Jeunesse
3 Impasse Charlemagne BP 90103
66700 ARGELES-SUR-MER
☎ **du secrétariat du Pôle :** 04.68.95.21.99

Pour contacter votre structure : Site internet www.cc-acvi.com
Onglet "Votre collectivité" - Rubrique "Annuaire"

PERISCOLAIRE ET/OU EXTRASCOLAIRE

☐ **ALSH Maternel** ☐ **ALSH Elémentaire** ANNEE SCOLAIRE : ……..……..

☐ **ALSH Adolescents ANNEE CIVILE** : ……..……..….
avec une adhésion annuelle de 8€ facturée ultérieurement

CADRE RESEVE AU DIRECTEUR

DOSSIER D'INSCRIPTION DE L'ENFANT

RESPONSABLE DE L'INSCRIPTION : ☐ PAPA - ☐ MAMAN

Nom de l'enfant : _____

Prénom de l'enfant : _____

Né(e) le / / à _____ **Age :** _____

Ecole : _____ **Commune :** _____

Classe : _ _____

Institution : (IME, ITEP, IEM, IES…) : _____

NE PAS JETER SUR LA VOIE PUBLIQUE

UNIQUEMENT SI ENFANT A BESOIN PARTICULIER

⇨Suivi complémentaire (CAMSP, CMP, CMPP, Hôpital de jour) :_____

❑Oui ❑Non ❑Ne souhaite pas répondre

Si oui copie du justificatif de la prise en charge thérapeutique éducative ou rééducative

⇨La famille perçoit-elle une AEEH (Allocation Education de l'Enfant Handicapé)

❑Oui ❑Non ❑Ne souhaite pas répondre

Si oui copie de la notification de l'ouverture des droits à l'AEEH

⇨L'enfant dispose-t-il d'un P.A.I ❑Oui ❑Non

Fournir le protocole et trousse PAI)

⇨L'enfant bénéficie-t-il d'un PPS (Projet Personnel de Scolarisation) ❑Oui ❑Non

Si oui copie de la notification CDAPH (Commission des Droits à l'Autonomie des Personnes Handicapées)

EXERCICE DE L'AUTORITE PARENTALE CONJOINTE ❑Oui ❑ Non

Garde Alternée : ❑Oui ❑ Non

J'autorise mon enfant à quitter SEUL l'ALSH : ❑Oui ❑ Non

Je souhaite que mon enfant fasse la sieste (Maternelle uniquement) : ❑Oui ❑ Non

IL EST IMPERATIF D'ETRE PRESENT AUX ARRETS DE BUS AUX DEPARTS ET AUX ARRIVEES DES NAVETTES ET SEJOURS.
POUR LES ACCUEILS DE LOISIRS, LES FAMILLES DOIVENT CONFIER ET RECUPERER L'ENFANT AUPRES DE L'EQUIPE D'ANIMATION, NE PAS LAISSER L'ENFANT SEUL SUR LE PARKING OU SUR LE CHEMIN QUI MENE A L'ACCUEIL DE LOISIRS.

RESPONSABILITE CIVILE

Nom de la compagnie d'assurance : _____

Numéro d'Assurance _____

NECESSAIRE POUR LE CALCUL DE VOTRE PARTICIPATION FINANCIERE

N° Allocataire : ❑CAF _____ ❑MSA_____

❑Autre (Précisez)_____

COMPOSITION DU FOYER

RESPONSABLE LEGAL I (le parent qui inscrit l'enfant) :

❑Célibataire - ❑Marié(e) - ❑Pacsé(e) - ❑Divorcé(e) - ❑Union libre - ❑Veuvage

Nom / Prénom : _____

Né(e) le :_____ à _____ Nationalité _____

☎ : _____Portable : _____

E-mail :_____ Facturation électronique ❑Oui ❑Non

Employeur : _____ Profession : _____

❑ RESPONSABLE LEGAL II ou ❑CONCUBIN(E) (habitant le même foyer) :

Nom / Prénom : _____

Né(e) le :_____ à _____ Nationalité _____

☎ : _____Portable : _____

E-mail :_____ Facturation électronique ❑Oui ❑Non

Employeur : _____ Profession : _____

ADRESSE DU FOYER : _____

_____ Commune _____

FAMILLE D'ACCUEIL

Nom / Prénom : _____

Adresse : _____

_____ Commune _____

E-mail :_____ Facturation électronique ❑Oui ❑Non

☎ : _____Portable : _____

PERSONNE A PREVENIR EN CAS D'URGENCE SI VOUS N'ETES PAS JOIGNABLE ET/OU A RECUPERER L'ENFANT

Nom(s) / Prénom(s) :_____ Lien de Parenté : _____

☎ :_____Portable :_____

Nom(s) / Prénom(s) :_____ Lien de Parenté : _____

☎ :_____Portable :_____

Liberté • Égalité • Fraternité
RÉPUBLIQUE FRANÇAISE
MINISTÈRE DE LA JEUNESSE, DES SPORTS ET DE LA VIE ASSOCIATIVE

FICHE SANITAIRE DE LIAISON

DOCUMENT CONFIDENTIEL

Joindre obligatoirement la copie du carnet de vaccination

NOM DU MINEUR : .....

PRENOM : .....

DATE DE NAISSANCE : ...../...../.....

SEXE : M ☐ F ☐

Cette fiche permet de recueillir des informations utiles concernant votre enfant (l'arrêté du 20 février 2003 relatif au suivi sanitaire des mineurs en séjour de vacances ou en accueil de loisirs).

1-VACCINATION (se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccinations)

VACCINATIONS OBLIGATOIRES	Oui	Non	DATES DES DERNIERS RAPPELS	VACCINS RECOMMANDÉS	DATES
Diphtérie				Coqueluche	
Tétanos				Haemophilus	
Poliomyélite				Rubéole-Oreillons-Rougeole	
				Hépatite B	
				Pneumocoque	
				BCG	
				Autres (préciser)	

SI LE MINEUR N'A PAS LES VACCINS OBLIGATOIRES JOINDRE UN CERTIFICAT MÉDICAL DE CONTRE-INDICATION.

2-RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LE MINEUR

Poids : .....kg ; Taille : .....cm (informations nécessaires en cas d'urgence)

Suit-il un traitement médical pendant le séjour ? ☐ Oui ☐ Non

Si oui, joindre une ordonnance récente et les médicaments correspondants (boîtes de médicaments dans leur emballage d'origine marquées au nom de l'enfant avec la notice). Aucun médicament ne pourra être administré sans ordonnance.

ALLERGIES : ALIMENTAIRES ☐ oui ☐ non
MEDICAMENTEUSES ☐ oui ☐ non
AUTRES (animaux, plantes, pollen) : ☐ oui ☐ non
Précisez .....

Si oui, joindre un **certificat médical** précisant la cause de l'allergie, les signes évocateurs et la conduite à tenir.

Le mineur présente-t-il un problème de santé, si oui préciser ☐ oui ☐ non
.....
.....
.....

3-RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS
Port des lunettes, de lentilles, d'appareil dentaire ou auditif, comportement de l'enfant, difficultés de sommeil, énurésie nocturne, etc…
.....
.....
.....
.....

4-RESPONSABLES DU MINEUR
Responsable N°1 : NOM : ..... PRÉNOM : .....
ADRESSE :..... .....
....
TEL DOMICILE ..... TEL TRAVAIL.....
TEL PORTABLE : .....

Responsable N°2 : : NOM : ..... PRÉNOM : .....
ADRESSE :..... .....
....
TEL DOMICILE ..... TEL TRAVAIL.....
TEL PORTABLE : .....

NOM ET TEL MEDECIN TRAITANT : …….

Je soussigné(e)……., responsable légal du mineur, déclare exacts 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 :