

## 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 **périscolaires** et/ou **extrascolaires**
- Copie des vaccinations et des maladies contagieuses du carnet de santé de l'enfant
- Copie des Avis d'imposition **Année N-2** pour les familles MSA et non allocataires CAF
- Copie du jugement, pour les parents séparés. A défaut, fournir une attestation sur l'honneur précisant comment s'effectuera la garde des enfants et la prise en charge de la facture.
- Copie du justificatif de placement pour les familles d'accueil
- Copie des justificatifs de prise en charge et/ou copie de la notification CDAPH pour les enfants à besoins particuliers

**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
- M'engage à signaler au responsable de l'Accueil de Loisirs toute modification éventuelle
- Déclare avoir pris connaissance du règlement intérieur :  
affiché dans les structures d'accueil et téléchargeable sur [www.cc-acvi.com](http://www.cc-acvi.com)

Le, \_\_\_\_\_ Signature précédée de la mention  
"lu et approuvé "

A, \_\_\_\_\_



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](http://www.cc-acvi.com)  
Onglet "Votre collectivité" - Rubrique "Annuaire"

## PERISCOLAIRE ET/OU EXTRASCOLAIRE

à compléter uniquement pour chacune des situations suivantes :

- ALSH Maternel** (valable pour le cycle maternel)
- ALSH Elémentaire** (valable pour le cycle élémentaire)
- ALSH Adolescents** (valable pour le cycle ados)  
avec une adhésion de 8€ pour une année scolaire (facturée ultérieurement)
- Pour tout changement de situation familiale** : séparation, divorce, recomposition de la famille, ...

## CADRE RESEVE AU RESPONSABLE DE L'ACCUEIL DE LOISIRS

## DOSSIER D'INSCRIPTION DE L'ENFANT

RESPONSABLE DE L'INSCRIPTION :  PAPA -  MAMAN

Nom et prénom de l'enfant : \_\_\_\_\_

Né(e) le / / à \_\_\_\_\_ Age : \_\_\_\_\_

Ecole : \_\_\_\_\_ Commune : \_\_\_\_\_

Institution : (IME, ITEP, IEM, IES...) : \_\_\_\_\_

Collège -  Lycée -  CFA, CFAS -  EREA

Autres (à préciser) : \_\_\_\_\_

NE PAS JETER SUR LA VOIE PUBLIQUE

### ELEMENTS COMPLEMENTAIRES

⇒ Suivi complémentaire (PCO, 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

Si oui, copie du protocole et fournir la trousse PAI

⇒ L'enfant bénéficie-t-il d'un PPS (Projet Personnel de Scolarisation)

Oui  Non  Ne souhaite pas répondre

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 : \_\_\_\_\_



# 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  
MÉDICAMENTEUSES  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 :