

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

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
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 Élémentaire** (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 :