

Dossier d'inscription aux centres de loisirs de la CDC du vallon de l'Artolie.

Année scolaire 2016/2017

PIÈCES A FOURNIR :

- Fiche d'inscription Fiche sanitaire Coupon règlement intérieur photocopie des vaccinations obligatoires (DT-POLIO)
 Attestation de responsabilité civile extrascolaire feuille d'imposition 2016 sur les revenus 2015 ou Droit à l'accès à CAF PRO (pas nécessaire pour l'accueil 12/17 ans de Capian)

Accueil 3/11 ans Le Tourne
(Mercredis/vacances)

Accueil 12/17 ans (Capian)
(Mercredis/vendredis/samedis/vacances)

Accueil 3/11 ans Rions (Mercredis)

ENFANT (1 dossier par enfant) :

NOM :

PRÉNOM :

DATE DE NAISSANCE :

ÂGE :

ECOLE FREQUENTEE :

CLASSE :

RESPONSABLE DE L'ENFANT :

INFORMATIONS	PERE		MERE	
AUTORITÉ PARENTALE	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>
NOM	Mr		ME.....	
PRÉNOM	.....		.....
ADRESSE	..... ..... .....		..... ..... .....
TEL DOMICILE	.....		.....
TEL PRO	.....		.....
TEL MOBILE	.....		.....
PROFESSION	.....		.....
N° SECURITE SOCIALE	.....		.....
ADRESSE MAIL	.....		.....
ASSURANCE EXTRA SCOLAIRE COUVRANT L'ENFANT	ASSUREUR.....		Numéro de contrat.....	
RÉGIME	<input type="checkbox"/> CAF <input type="checkbox"/> MSA <input type="checkbox"/> RÉGIME MARITIME <input type="checkbox"/> AUTRE :.....		<input type="checkbox"/> CAF <input type="checkbox"/> MSA <input type="checkbox"/> RÉGIME MARITIME <input type="checkbox"/> AUTRE :.....	
N° ALLOCATAIRE	.....		.....

SITUATION FAMILIALE

Mariés Pacsés Vie maritale Veuf (ve) Célibataire
 séparés (1) Divorcés(1) précisez si : Garde alternée(1)

(1) DANS CE CAS, JOINDRE LA COPIE DE L'EXTRAIT DE JUGEMENT JUSTIFIANT DE LA RESPONSABILITÉ DE(S) L'ENFANT(S) ET DES DROITS DE GARDE.

PERSONNE À PRÉVENIR EN CAS D'URGENCE : (si la direction est dans l'impossibilité de prévenir les parents).

MR/ME :

ADRESSE :

☎ DOMICILE :

☎ PORTABLE :

QUALITÉ : (parents, grands-parents, voisins...) :

AUTORISATIONS PARENTALES *(pour l'année scolaire en cours)*

Merci de préciser les personnes ayant l'autorisation ou éventuellement l'interdiction par décision de justice (1) de venir chercher l'enfant :

NOM ET PRÉNOM	TÉLÉPHONE	LIEN DE PARENTÉ	AUTORISATION	
			OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>
			OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>
			OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>
J'autorise mon enfant âgé de 7 ans révolus, à rentrer seul à son domicile après la journée au centre de loisirs.			OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>
J'autorise l'équipe de l'accueil de loisirs à :				
- photographier ou filmer mon enfant dans le cadre des activités organisées par les centres de loisirs de la CdC,			OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>
- publier par voie de presse (journal du centre), ou sur le site Internet de la CdC, les photographies ou vidéos représentant mon enfant dans le cadre des activités organisées par les centres de Loisirs de la CdC,			OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>
- projeter sur écran ou sous forme d'exposition, lors de manifestations organisées par les centres de loisirs de la CdC, les photographies ou vidéos représentant mon enfant dans le cadre des activités organisées par les centres de loisirs de la CdC.			OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>
- publier sur les réseaux sociaux, par le biais des comptes éventuellement ouverts par les centres de loisirs, les photos et/ou vidéos de mon enfant prises dans le cadre des activités organisées par les centres de loisirs.			OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>

Je prends note que les équipes des centres de loisirs s'engagent à :

- privilégier les photographies de groupe,
- ne publier que des photographies qui représentent les enfants dans le contexte de l'activité organisée par les centres de loisirs.

Fiche sanitaire de liaison

Centres de loisirs de la C.D.C. du vallon de l'Artolie.

JOINDRE LES COPIES DES PAGES DU CARNET DE SANTÉ RELATIVES AUX VACCINATIONS.

SI L'ENFANT N'A PAS LES VACCINS OBLIGATOIRES, JOINDRE LE CERTIFICAT MÉDICAL DE CONTRE-INDICATION

Vaccinations :

	Antidiphtérique	Antitétanique	Antipoliomyélitique
DATE DU VACCIN			
DATE DU DERNIER RAPPEL			

Votre enfant a-t-il déjà eu les maladies suivantes ?

Otite OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	Oreillons OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	Rougeole OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	Coqueluche OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>
Rubéole OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	Varicelle OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	Angine OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	Scarlatine OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>
Rhumatisme articulaire aigu OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>			

Votre enfant a-t-il des réactions allergiques (asthme, alimentaires), médicamenteuses ou autres ?

OUI NON

Si oui, merci préciser lesquelles :

.....
.....

Votre enfant suit-il un traitement médical régulier ?

OUI NON

Si oui, merci de préciser lequel :

.....
.....

JOINDRE UNE ORDONNANCE RÉCENTE

(LES MÉDICAMENTS CORRESPONDANTS SONT À REMETTRE AU RESPONSABLE DE CHAQUE ACTIVITÉ DANS LEUR EMBALLAGE D'ORIGINE, MARQUÉS AU NOM DE L'ENFANT AVEC LA NOTICE)

AUCUN MÉDICAMENT NE POURRA ÊTRE DONNÉ AUX ENFANTS SANS ORDONNANCE

Vous demandez à ce qu'il bénéficie d'un P.A.I (Projet d'Accueil Individualisé).

OUI NON

P.A.I. Santé :

P.A.I. Alimentaire :

Votre enfant a-t-il des **antécédents médicaux ou chirurgicaux** susceptibles d'avoir des répercussions sur le déroulement de l'accueil (maladie, accident, crises convulsives, opération, rééducation...)?

OUI NON si oui, précisez lesquels, les dates et les précautions à prendre

.....
.....

Recommandations utiles des parents : (port de lunettes, de lentilles, de prothèses auditives, de prothèse dentaire...)

.....
.....

Repas sans porc (un substitut sera proposé) : OUI NON

A remplir obligatoirement

Je soussigné(e), Madame, Monsieur :

en qualité de : père mère représentant légal

certifie exacts les renseignements mentionnés ci-dessus ainsi que les documents joints et autorise le responsable de l'activité à prendre, le cas échéant, toutes les mesures rendues nécessaires par l'état de l'enfant (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale).

Uniquement si vous êtes allocataire CAF (hors accueil 12/17ans Capiant):

IMPORTANT

Je m'oppose à ce que la direction du centre de loisirs puisse consulter mes revenus annuels par le biais de l'application CAF PRO afin de déterminer le tarif journée ou 1/2 journée qui me sera appliqué.

Case à cocher si opposition

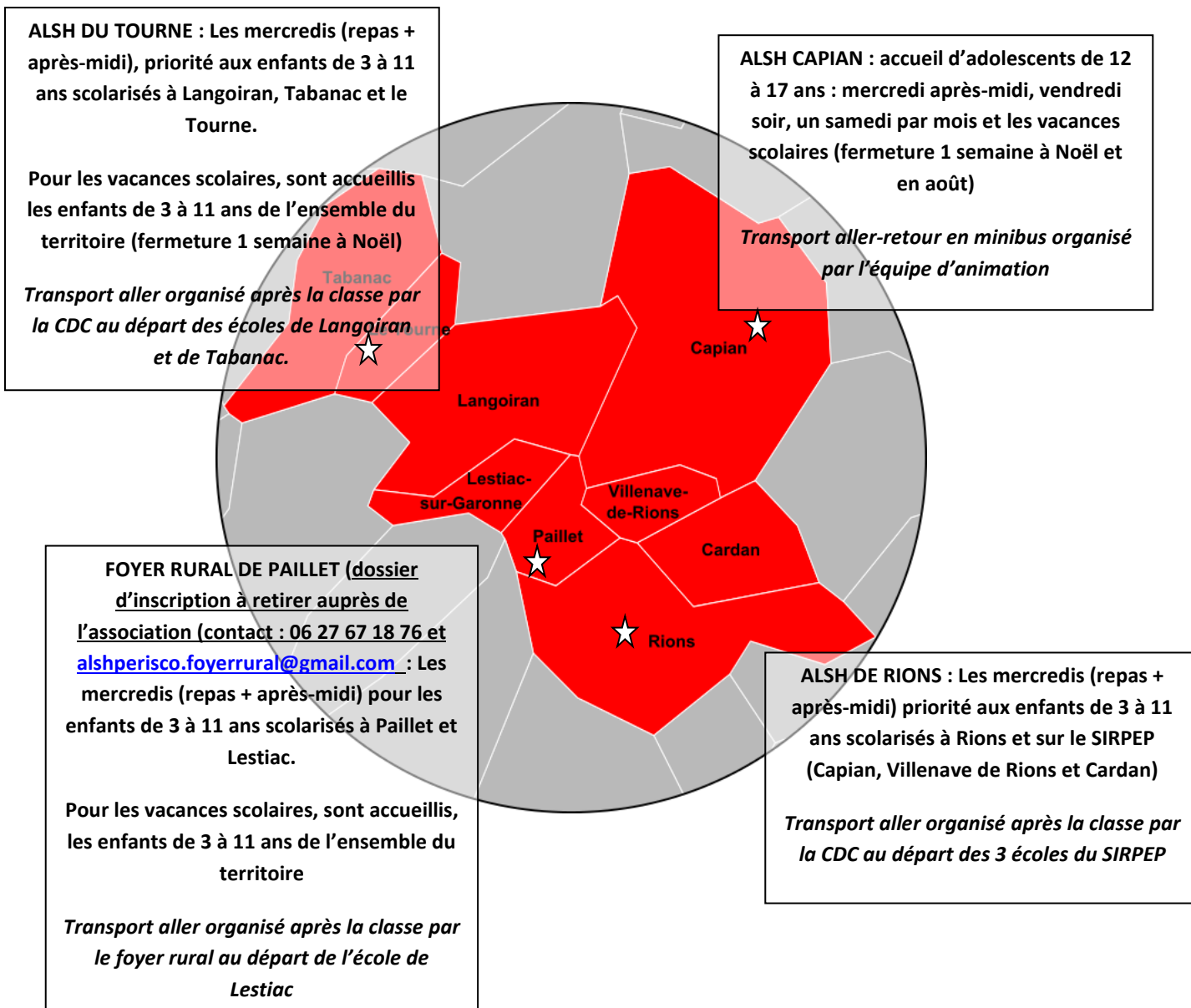
Dans ce cas, **vous devez fournir votre avis d'imposition de l'année en cours**. Si nous n'avons pas les moyens de connaître vos revenus, le tarif journée maximum sera appliqué (cf. règlement intérieur)

Fait àle/...../.....

Signature

À compter du mercredi 2 septembre 2015, 3 structures permettront d'accueillir vos enfants âgés de 3 à 11 ans le mercredi après-midi, ces dernières sont réduites à deux pendant les vacances scolaires.

Dans un souci d'équité et de bonne organisation, les inscriptions seront sectorisées selon la répartition ci-dessous :



Contacts structures (+ d'informations sur www.cc-artolie.fr rubrique « Grandir »

ALSH 3/11 ans le TOURNE

1, rue Mores, 33550 LE TOURNE, 05 57 97 71 68 – 06 87 73 83 09 – clsh3.12@cc-artolie.fr

ALSH 3/11 ans RIONS

4, chemin de Versailles, 33410 RIONS, 06 48 05 04 16 – alsh.rions@cc-artolie.fr

ALSH 12/17 ans CAPIAN

4, route de Langoiran, 33550 CAPIAN, 05 56 72 14 69 – 06 89 42 96 49 – secteurados@cc-artolie.fr