

Dossier d'inscription A.L. et E.J. 2023/2024

Pièces à fournir : 1 photos d'identité, copie des vaccinations de l'enfant/jeune, copie du dernier avis d'imposition, le numéro allocataire CAF et un justificatif de domicile



Nom et Prénom de l'enfant / du jeune	
Adresse :	Né(e) le :
	Sexe :
	Nationalité :
	N° CAF (allocataire) :
Médecin :	Tel médecin :

Généralité													
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <th style="padding: 5px;">Scolarité</th> <th style="padding: 5px;">Photo :</th> </tr> <tr> <td style="padding: 5px;"> <table style="width: 100%;"> <tr> <td style="width: 50%;">Classe :</td> <td style="width: 50%;">Enseignant :</td> </tr> <tr> <td colspan="2">Etabl. Scolaire :</td> </tr> <tr> <td colspan="2">Repas spéciaux</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="height: 40px;"></td> </tr> </table> </td> <td style="width: 50%;"></td> </tr> </table>	Scolarité	Photo :	<table style="width: 100%;"> <tr> <td style="width: 50%;">Classe :</td> <td style="width: 50%;">Enseignant :</td> </tr> <tr> <td colspan="2">Etabl. Scolaire :</td> </tr> <tr> <td colspan="2">Repas spéciaux</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="height: 40px;"></td> </tr> </table>	Classe :	Enseignant :	Etabl. Scolaire :		Repas spéciaux					
Scolarité	Photo :												
<table style="width: 100%;"> <tr> <td style="width: 50%;">Classe :</td> <td style="width: 50%;">Enseignant :</td> </tr> <tr> <td colspan="2">Etabl. Scolaire :</td> </tr> <tr> <td colspan="2">Repas spéciaux</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="height: 40px;"></td> </tr> </table>	Classe :	Enseignant :	Etabl. Scolaire :		Repas spéciaux								
Classe :	Enseignant :												
Etabl. Scolaire :													
Repas spéciaux													

Personnes autorisées ou interdites à récupérer l'individu autre que les responsables légaux		
Interdit	Nom - Prénom	Téléphone
<input type="checkbox"/>		
<input type="checkbox"/>		

Parents	
Parent 1	Parent 2
Civilité :	Civilité :
Nom :	Nom :
Prénom :	Prénom :
Email :	Email :
Téléphone :	Téléphone :
Portable :	Portable :
Profession :	Profession :
Employeur :	Employeur :

FICHE DE COMPLEMENT D'INSCRIPTION ANNEE 2023 / 2024

A.L. « Alice »
 A.L. « Bretonnière »
 A.L. « Grands Chênes »
 Espace Jeunes (E.J)

J'inscris mon enfant/jeune les jours suivants (hors vacances scolaires) :

A.L. Périscolaire		Lundi	Mardi	Jeudi	Vendredi
Matin	7h30-8h30	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Soirée	16h30-17h30	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	17h30-18h30	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

A.L. Mercredi	Matin sans repas 7h30-12h00	Matin avec repas 7h30-14h00	Journée complète 7h30-18h30	Après-midi sans repas 13h30-18h30	Après-midi avec repas 11h30-18h30
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

E.J. Périscolaire		Lundi	Mardi	Mercredi	Jeudi	Vendredi
Soirée	16h30-18h30	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mercredi	13h00-18h30			<input type="checkbox"/>		

- Possibilité de navette pédibus du collège à l'espace jeunes.
- Possibilité de navette minibus de l'espace jeunes en direction des Hameaux

Votre enfant/jeune fréquentera l'Accueil de Loisirs à partir de : _____ 2023

AUTORISATION 2023 / 2024	
Je soussigné(e) Mr, Mme Reconnais être informé(e) que l'inscription aux activités de l'A.L. et E.J. vaut acceptation de l'ensemble des clauses du règlement intérieur qui sera transmis sur demande.	
Autorise mon enfant/jeune à participer aux différentes sorties annuelles organisées par l'A.L. et l'E.J.	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
Autorise l'Accueil de Loisirs et Espace Jeunes à me faire parvenir mes factures à l'adresse mail indiquée ci-dessous pour l'envoi des factures électroniques.	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
Autorise la structure à consulter le site de la CAF afin d'obtenir mon quotient familial. Ce dernier sera utilisé pour calculer mon tarif horaire.	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
Autorise mon enfant/jeune à quitter seul la structure. (Sur précision des jours par la famille ou en cas d'absence de la famille devant l'A.L./E.J).	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
Autorise la structure à prendre en photo mon enfant/jeune et également à diffuser ces dernières pour une durée illimitée sur les plaquettes et documents de la structure	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
Autorise la structure à prendre en photo mon enfant/jeune et également à diffuser ces dernières pour une durée de 1 an sur kidizz.	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON

Je (nous) soussigné(s), responsable(s) légal(aux) de l'individu certifie(ions) sur l'honneur l'exactitude des renseignements figurant sur cette fiche.

Date

Signature du responsable légal



FICHE SANITAIRE DE LIAISON

1 – ENFANT

NOM : _____

PRÉNOM : _____

DATE DE NAISSANCE : _____

GARÇON FILLE

CETTE FICHE PERMET DE RECUEILLIR DES INFORMATIONS UTILES PENDANT LE SÉJOUR DE L'ENFANT ; ELLE ÉVITE DE VOUS DÉMUNIR DE SON CARNET DE SANTÉ ET VOUS SERA RENDUE À LA FIN DU SÉJOUR.

2 - **VACCINATIONS** (se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccinations de l'enfant).

VACCINS OBLIGATOIRES	oui	non	DATES DES DERNIERS RAPPELS	VACCINS RECOMMANDÉS	DATES
Diptérie				Hépatite B	
Tétanos				Rubéole Oreillons Rougeole	
Poliomyélite				Coqueluche	
Ou DT polio				BCG	
Ou Tétracoq				Autres (préciser)	

SI L'ENFANT N'A PAS LES VACCINS OBLIGATOIRES JOINDRE UN CERTIFICAT MÉDICAL DE CONTRE-INDICATION ATTENTION : LE VACCIN ANTI-TÉTANIQUE NE PRÉSENTE AUCUNE CONTRE-INDICATION

3 - RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX CONCERNANT L'ENFANT

L'enfant 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 pris sans ordonnance.

L'ENFANT A-T-IL DÉJÀ EU LES MALADIES SUIVANTES ?

RUBÉOLE 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"/>	RHUMATISME ARTICULAIRE AIGÛ oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	SCARLATINE oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>
COQUELUCHE oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	OTITE oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	ROUGEOLE oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	OREILLONS oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	

ALLERGIES : ASTHME oui non MÉDICAMENTEUSES oui non
ALIMENTAIRES oui non AUTRES _____

PRÉCISEZ LA CAUSE DE L'ALLERGIE ET LA CONDUITE À TENIR (si automédication le signaler)

INDIQUEZ CI-APRÈS :

LES DIFFICULTÉS DE SANTÉ (MALADIE, ACCIDENT, CRISES CONVULSIVES, HOSPITALISATION, OPÉRATION, RÉÉDUCATION) EN PRÉCISANT LES DATES ET LES **PRÉCAUTIONS À PRENDRE.**)

4 - RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS

VOTRE ENFANT PORTE-T-IL DES LENTILLES, DES LUNETTES, DES PROTHÈSES AUDITIVES, DES PROTHÈSES DENTAIRES, ETC....PRÉCISEZ.

L'ENFANT MOUILLE-T-IL SON LIT ?

 NON OCCASIONNELLEMENT OUI

S'IL S'AGIT DUNE FILLE EST-ELLE RÉGLÉE ?

 NON OUI

5 - RESPONSABLE DE L'ENFANT

NOM _____ PRÉNOM _____

ADRESSE (PENDANT LE SÉJOUR) _____

Numéros de téléphone :

Mère : domicile : _____ portable : _____ travail : _____

Père : domicile : _____ portable : _____ travail : _____

NOM ET TÉL. DU MÉDECIN TRAITANT (FACULTATIF) _____

Je soussigné(e), _____ responsable légal de l'enfant, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise le responsable du séjour à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de l'enfant. J'autorise également, si nécessaire, le directeur du séjour à faire sortir mon enfant de l'hôpital après une hospitalisation.

N° de sécurité sociale : _____

Date :

Signature :

**A REMPLIR PAR LE DIRECTEUR A L'ATTENTION DES FAMILLES
COORDONNÉES DE L'ORGANISATEUR DU SÉJOUR OU DU CENTRE DE VACANCES**

OBSERVATIONS

**AUTORISATION DE SORTIE DU TERRITOIRE (AST)
D'UN MINEUR NON ACCOMPAGNÉ PAR UN TITULAIRE DE L'AUTORITÉ PARENTALE**
(article 371-6 du code civil; décret n° 2016-1483 du 2 novembre 2016 relatif à l'autorisation
de sortie du territoire d'un mineur non accompagné
par un titulaire de l'autorité parentale; arrêté du 13 décembre 2016)

1. PERSONNE MINEURE AUTORISÉE À SORTIR DU TERRITOIRE FRANÇAIS

Nom (figurant sur l'acte de naissance) :
Prénom(s) :
Né(e) le : / / à (lieu de naissance) :
Pays de naissance :

2. TITULAIRE DE L'AUTORITÉ PARENTALE, SIGNATAIRE DE L'AUTORISATION

Nom (figurant sur l'acte de naissance) :
Nom d'usage (ex. nom d'épouse/d'époux) :
Prénom(s) :
Né(e) le : / / à (lieu de naissance) :
Pays de naissance : Nationalité :
Qualité au titre de laquelle la personne exerce l'autorité parentale (cocher la case) :
 Père Mère Autre (préciser) :
Adresse :
N° (bis, ter) Type de voie Nom de la voie
Code postal : / / Commune :
Pays :
Téléphone (recommandé) : ___ / ___ / ___ / ___ / ___
Courriel (recommandé) :

3. DURÉE DE L'AUTORISATION

La présente autorisation est valable jusqu'au : / / inclus.
Elle ne peut excéder un an à compter de la date de sa signature.
Exemple : une autorisation signée le 1^{er} septembre ne peut excéder le 31 août de l'année suivante.

4. SIGNATURE DU TITULAIRE DE L'AUTORITÉ PARENTALE

« Je certifie sur l'honneur l'exactitude des présentes déclarations »⁽¹⁾ :
DATE : / / Signature du titulaire de l'autorité parentale :
⁽¹⁾ Toute fausse déclaration est passible des peines d'emprisonnement et des amendes prévues aux articles 441-6 et 441-7 du Code pénal.

5. COPIE DU DOCUMENT JUSTIFIANT L'IDENTITÉ DU SIGNATAIRE PRÉSENTÉE À L'APPUI DE L'AUTORISATION ⁽¹⁾ :

Type de document (cocher la case) : Carte nationale d'identité Passeport Autre⁽²⁾
(Préciser :)
Délivré(e) le : / /
Par (autorité de délivrance) :

⁽¹⁾ La photocopie du document officiel justifiant de l'identité du signataire doit être lisible et comporter les nom, prénoms, date et lieu de naissance, photographie et signature du titulaire, ainsi que dates de délivrance et de validité du document, autorité de délivrance.

⁽²⁾ Personne de nationalité française : carte nationale d'identité ou passeport, en cours de validité ou périmés depuis moins de 5 ans; Ressortissant de l'Union européenne ou d'un État partie à l'accord sur l'Espace Économique Européen (Islande, Norvège et Liechtenstein) ou de la Suisse : carte nationale d'identité ou passeport, délivrés par l'administration compétente de l'État dont le titulaire possède la nationalité, ou document de séjour délivré en France (art. L. 311-1 et s. du CESEDA), en cours de validité; Ressortissant d'un pays tiers à l'Union européenne : passeport délivré par l'administration compétente de l'État dont le titulaire possède la nationalité ou document de séjour délivré en France (art. L. 311-1 et s. du CESEDA) ou titre d'identité et de voyage pour réfugié(e) ou pour apatride, en cours de validité.

RAPPEL : « La présente autorisation n'a pas pour effet de faire échec aux mesures d'opposition à la sortie du territoire (OST) ou d'interdiction de sortie du territoire (IST). Si votre enfant fait l'objet d'une mesure d'interdiction de sortie du territoire sans l'autorisation des deux parents, il doit justifier de l'autorisation prévue à l'article 1180-4 du code de procédure civile. »