

## DOSSIER INDIVIDUEL D'INSCRIPTION

### 1. L'ENFANT

Nom : ..... Prénom : ..... Sexe : M  F   
 Né-e le : ..... Ville : ..... Nationalité : .....  
 Nom établissement scolaire : ..... Classe : .....

### 2. LA FAMILLE

Monsieur\*  Madame\*  Monsieur et Madame\*  (\* Intitulé souhaité pour la correspondance)  
 Situation Familiale :  Célibataire  Divorcé (e)  Marié (e)  Pacsé (e)  Séparé(e)  Union maritale  Veuf (ve).

Adresse : .....

Code Postal : ..... Ville : .....

 Domicile : .....

 Mobile : .....

E-mail : ..... @ .....

Sécurité Sociale de rattachement de l'enfant : Père  Mère  N° S.S. : .....

Régime social de rattachement : Général  Agricole (MSA)  Autres

N° allocataire CAF : .....

Ou

N° allocataire MSA : .....

Compagnie d'assurance <sup>(1)</sup> de la RC :

N° de police d'assurance RC <sup>(1)</sup> : Date d'échéance :

### 3. ETAT CIVIL DES PARENTS

#### **Responsable 1**

Nom : ..... Prénom : .....

Né le : .....

Ville : .....

Nationalité :

CSP (se référer au guide en fin de dossier)

Adresse ( si différente "Famille") :

 Domicile :

 Mobile :

E-MAIL (si différent "Famille") :

Autorité Parentale :

Oui  Non

#### **Responsable 2**

Nom : ..... Prénom : .....

Né le : .....

Ville : .....

Nationalité :

CSP (se référer au guide en fin de dossier)

Adresse ( si différente "Famille") :

 Domicile :

 Mobile :

E-MAIL (si différent "Famille") :

Autorité Parentale :

Oui  Non

**4. FICHE SANITAIRE DE LIAISON : Fournir certificat médical (vaccins à jour)**

| VACCINS                                   | Date de vaccination | Prochaine vaccination |
|---|---------------------|-----------------------|
| <i>Diphtérie – Tétanos - Poliomyélite</i> |                     |                       |
| <i>BCG</i>                                |                     |                       |
| <i>Hépatite B</i>                         |                     |                       |
| <i>Rubéole – Oreillons - Rougeole</i>     |                     |                       |
| <i>Coqueluche</i>                         |                     |                       |
| <i>Autres (précisez)</i>                  |                     |                       |

| ALLERGIES                              | Oui | Non | Commentaires et conduites à tenir |
|--|-----|-----|-----------------------------------|
| <i>Pollens – Acariens et graminées</i> |     |     |                                   |
| <i>Alimentaires</i>                    |     |     |                                   |
| <i>Médicamenteuses</i>                 |     |     |                                   |
| <i>Autres</i>                          |     |     |                                   |

**POUR MIEUX VOUS ACCUEILLIR :**

Votre enfant a-t-il un dossier à la Maison Départementale des Personnes Handicapées (MDPH) ? Oui  Non

Si oui, merci de préciser la référence du dossier :

Bénéficiez-vous de l'Allocation d'Education de l'Enfant Handicapé (AEEH) versée par la CAF ? Oui  Non

Existe-t'il un Projet d'Accueil Individualisé (PAI), dans un des établissements (scolaire, associations diverses...) déjà fréquenté par votre enfant? Oui  Non

| REGIME ALIMENTAIRE | Commentaires |
|--------------------|--------------|
|                    |              |

| Nom du MEDECIN traitant | ADRESSE |  |
|-------------------------|---------|--|
|                         |         |  |

| Recommandations utiles des parents (lunettes, prothèses...) |
|---|
|   |

## 5. LES AUTORISATIONS PARENTALES

Je (nous) soussigné(s),

**5.1 AUTORISE(NT)** mon enfant à rentrer seul à son domicile à l'issue de la journée d'accueil de loisirs (ALSH) :

Oui  Non

**5.2 AUTORISE(NT)** mon enfant à prendre un moyen de transport en commun dans le cadre des activités organisés par L'ALSH :

Oui  Non

**5.3 AUTORISE(NT)** les personnes citées ci-dessous à venir chercher mon enfant à l'accueil de loisirs :

| PRENOM - NOM | Adresse | ☎ | A contacter en cas d'urgence |                              |
|--------------|---------|---|------------------------------|------------------------------|
|              |         |   | Oui <input type="checkbox"/> | Non <input type="checkbox"/> |
|              |         |   | Oui <input type="checkbox"/> | Non <input type="checkbox"/> |
|              |         |   | Oui <input type="checkbox"/> | Non <input type="checkbox"/> |
|              |         |   | Oui <input type="checkbox"/> | Non <input type="checkbox"/> |
|              |         |   | Oui <input type="checkbox"/> | Non <input type="checkbox"/> |

**5.4 AUTORISE(NT)** que mon enfant soit filmé et/ou photographié aux fins d'utilisation par :

- L'accueil de loisirs Oui  Non
- L'association EPAL Oui  Non
- La presse Locale Oui  Non
- Le site internet de la commune Oui  Non

**5.5 AUTORISE(NT)** le personnel de l'accueil de loisirs à prendre toutes les initiatives nécessaires en cas d'accident ou de maladie subite de mon enfant.

- Dont transfert aux urgences Oui  Non

**DECHARGE(NT)** la direction de l'ALSH de toutes responsabilités pendant le trajet jusqu'à l'hôpital.

**AUTORISE(NT)** l'équipe médicale à pratiquer les gestes qu'elle jugera indispensables au regard de l'état de santé de mon enfant.

**DEMANDE(NT)** au responsable de l'ALSH :

- En cas de maladie de mon enfant, d'administrer sous ma responsabilité, les médicaments prescrits par son médecin traitant suivant le double de l'ordonnance : Oui  Non
- En cas de fièvre, d'administrer sous ma responsabilité, les antipyrétiques selon les prescriptions du médecin traitant : Oui  Non
- D'appliquer de la crème solaire en cas de nécessité : Oui  Non
- D'administrer des granulés ou crèmes homéopathiques en cas de chutes : Oui  Non

**5.6 AUTORISE(NT)** la direction de l'ALSH à consulter le portail « Mon compte Partenaires CAF », afin de déterminer le Quotient Familial à appliquer :

Oui

Non

5.7 CERTIFIE(NT) avoir pris connaissance du Règlement de Fonctionnement (ou Intérieur) ainsi que du Projet Pédagogique de l'Accueil de Loisirs de :

..... (Indiquer le nom de la commune)

## **6. MODALITES DE FACTURATION et de PAIEMENT**

6.1 Dans le cas du paiement des factures mensuelles par prélèvement bancaire, vous souhaitez régler :

- Par acompte, avec régularisation en fin d'année                      Oui                       Non
- Par mois, selon montant de la facture                                      Oui                       Non

Signature du responsable légal 1

Date et mention "lu et approuvé"

Signature du responsable légal 2

Date et mention "lu et approuvé"

---

### **GUIDE**

✓ Ne pas oublier de renseigner l'établissement scolaire et la classe si vous utilisez un service d'accueil périscolaire.

#### **Onglet FAMILLE**

✓ Pour les centres pratiquant des tarifs selon le quotient familial CAF, il sera procédé à l'actualisation de ce quotient au mois d'avril de chaque année. Il appartient à la famille de communiquer à l'association une modification de ce quotient en dehors de cette période. Si la famille ne souhaite pas transmettre son numéro d'allocataire ou son QF, le prix de vente de la tranche la plus haute sera automatiquement appliqué.

✓ Assurances : L'association EPAL vous conseille de souscrire un « contrat d'assurance de personnes couvrant les dommages corporels auxquels vos enfants peuvent être exposés lors de leur participation aux activités ». En référence à l'article L 227-5 du Code de l'Action Sociale et de la Famille.

#### **Onglet « ETAT CIVIL DES PARENTS »**

✓ CSP à renseigner ; au choix : Agriculteur – Artisan – commerçant – Chef d'entreprise – Cadre – Congés Parental – Demandeur d'emploi – Employé – Etudiants – Père/Mère au foyer – Militaire – Ouvrier – Profession Libérale – Retraité – Sans activité professionnelle – Technicien.

#### **Onglet « AUTORISATIONS PARENTALES »**

✓ Le projet éducatif de l'Association et le projet pédagogique de chaque ALSH sont à retirer auprès du responsable de la structure. L'acceptation du Règlement Intérieur de l'ALSH conditionne l'inscription de votre enfant sur le centre.

#### **Onglet « MODALITES DE FACTURATION ET DE PAIEMENT »**

✓ Si vous choisissez la facturation par prélèvement automatique, un bordereau est à retirer auprès du responsable du centre, il vous est également demandé de fournir un R.I.B.

✓ Vous avez également la possibilité, en choisissant le prélèvement automatique, de mensualiser vos paiements. Renseignez-vous auprès du responsable de votre accueil pour la mise en place.