

ACCUEIL DE LOISIRS DE SIREUIL

2, place de la Caminade - SIREUIL

24620 LES EYZIES-DE-TAYAC-SIREUIL

Tél. : 05.53.29.47.97. / Fax : 05.53.29.40.88.

Mail : sireuil@laligue24.org / Site internet : www.cap-sireuil.org

Photo

Récente

De

L'enfant

DOSSIER D'INSCRIPTION

ETAT CIVIL DE L'ENFANT :

NOM : Prénom : Sexe : F M

Date et lieu de naissance : le/...../..... à

RESPONSABLES LEGAUX :

Père Mère Tuteur NOM et Prénom :

Adresse :

Code Postal : Commune :

Tél. Domicile : Tél. portable :

Adresse e-mail : @

Profession :

Lieu de travail :

Tél. Travail :

Père Mère Tuteur NOM et Prénom :

Adresse :

Code Postal : Commune :

Tél. Domicile : Tél. portable :

Adresse e-mail : @

Profession :

Lieu de travail :

Tél. Travail :

IMPORTANT : Adresse e-mail de facturation (régulièrement consultée) :

..... @

Autre Personne à contacter en cas d'urgence ou maladie :

Parent si oui, quel lien de parenté :

Ami de la famille

Voisin

NOM et Prénom :

Tél. Domicile / portable:/.....

Tél. Travail :

Personnes autorisées à venir chercher l'enfant : Indiquer NOMS et Prénoms (une pièce d'identité sera à présenter à la directrice de l'accueil de loisirs pour chaque personne qui viendra récupérer l'enfant autre que les responsables légaux)

.....
.....
.....

Compagnie et N° d'assurance :

JOINDRE LA COPIE L'ATTESTATION DE L'ASSURANCE EXTRA-SCOLAIRE

COUVERTURE SOCIALE ET ALLOCATIONS

N° d'Assuré social :

JOINDRE OBLIGATOIREMENT LA PHOTOCOPIE DE LA CARTE VITALE.

Le cas échéant, intitulé et adresse de votre Mutuelle :

.....

N° d'allocataire CAF :, **à indiquer même si vous ne percevez pas de prestations familiales, afin de bénéficier de la Prestation de Service** (aide de la CAF accordée pour tout enfant relevant du régime général).

Si vous dépendez d'un autre régime (MSA, ...), merci de préciser :

Organisme : N° d'adhérent :

TARIFICATION MODULEE :

La tarification modulée (en fonction des revenus du foyer fiscal) nécessite de fournir la copie du dernier avis d'imposition ou de non imposition (reçu en septembre 2016) des responsables légaux de l'enfant ainsi qu'une attestation des prestations familiales perçues. Pour connaître le tarif applicable à votre Quotient familial, veuillez vous référer à la « Grille tarifaire 2016 ALSH de Sireuil », en annexe.

JOINDRE OBLIGATOIREMENT LA PHOTOCOPIE DU DERNIER AVIS D'IMPOSITION OU DE NON IMPOSITION DU FOYER FISCAL.

RENSEIGNEMENTS MEDICAUX :

JOINDRE OBLIGATOIREMENT LA PHOTOCOPIE DU CARNET DE VACCINATIONS.

Vaccins obligatoires : DT Polio, Diphtérie, Tétanos, Poliomyélite : oui non

SI L'ENFANT N'A PAS LES VACCINS OBLIGATOIRES JOINDRE UN CERTIFICAT MEDICAL DE CONTRE-INDICATION. S'il n'est pas fourni, la direction sera en droit de ne pas accepter l'enfant dans la structure.

Votre enfant a-t'il eu ? (rayer les mentions inutiles OUI / NON)

Rubéole	OUI	NON	Angine	OUI	NON	Scarlatine	OUI	NON
Coqueluche	OUI	NON	Rougeole	OUI	NON	Diphtérie	OUI	NON
Varicelle	OUI	NON	Rhumatisme	OUI	NON	Typhoïde	OUI	NON
Otite	OUI	NON	Oreillons	OUI	NON			

Votre enfant souffre-t-il d'un handicap :

- Moteur :
- Sensoriel :
- Mental :
- Polyhandicap :

Si oui, l'admission de l'enfant sera soumise à la validation d'un Projet d'Accueil Individualisé (P.

Autres renseignements concernant la santé de l'enfant (pathologies chroniques, références de verres pour les lunettes, s'il porte des lunettes,...) :

NATURE	TRAITEMENT EN COURS

Si l'enfant suit un traitement, joindre **obligatoirement** l'ordonnance du médecin. **Les médicaments seront remis dans leur emballage d'origine avec la notice d'utilisation, nom et prénom de l'enfant inscrits sur l'emballage.**

L'enfant a-t'il des allergies alimentaires, médicamenteuses, etc... ? OUI NON

Si oui, lesquelles :

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Je, soussigné (e).....,

Responsable(s) légal(ux) de l'enfant

- Déclare exacts les renseignements portés sur ce dossier d'inscription,
- Autorise les organisateurs à prendre toutes les mesures nécessaires en cas d'urgence médicale,
- Autorise mon enfant à participer aux différentes activités et sorties proposées par les organisateurs,
- Déclare avoir pris connaissance du règlement intérieur joint à ce dossier
- M'engage à payer les prestations médicales en cas d'accident.

A....., le

Signature :

AUTORISEZ-VOUS LA PRISE DE PHOTO DE VOTRE ENFANT PENDANT LES TEMPS D'ACTIVITES OU DE VIE QUOTIDIENNE POUR DES BESOINS PEDAGOGIQUES ET/OU POUR PROMOUVOIR LE CENTRE DANS DES BULLETINS MUNICIPAUX, INTERCOMMUNAUX OU AUTRE ? OUI - NON (Rayer la mention inutile)

PIECES A FOURNIR :

- **DOSSIER D'INSCRIPTION DUMENT COMPLETE**
- **Copie du dernier avis d'imposition ou de non imposition des responsables légaux de l'enfant (ATTENTION : copie intégrale et recto-verso)**
- **Copie de l'attestation de l'Assurance de Responsabilité Civile de l'enfant**
- **Copie de la Carte Vitale ou l'Attestation de la Carte Vitale ou de l'attestation C.M.U.**
- **Copie des vaccinations à jour de l'enfant**
- **Copie de l'attestation des aides au temps libre de la CAF ou de la MSA si vous en bénéficiez**
- **Copie de la Carte de Mutuelle**

Observations ou remarques à déclarer à l'équipe pédagogique :

.....

.....

.....

.....

.....

