



ACCUEIL PÉRIODIQUE

2015 - 2016

DOSSIER D'INSCRIPTION

NOM :

PRENOM :

AGE :

COMMUNE :

Le dossier doit comporter :

- ☛ Ce dossier d'inscription renseigné en totalité, daté et signé (N° Caf obligatoire)
- ☛ Fiche sanitaire datée, signée, avec photocopie du carnet de santé (vaccins)

Vous devez remettre ce dossier complété le plus tôt possible



Le goûter est à la charge des parents

Danielle ☎ 06 73 34 59 06 ou Nelly ☎ 06 62 82 35 51

ENFANT

NOM, PRENOM :

DATE ET LIEU DE NAISSANCE :

ADRESSE :

PARENTS OU REPRESENTANT LEGAL

NOM, PRENOM DU PERE :

NOM, PRENOM DE LA MERE :

TEL. Domicile :

TEL. Portable :

TEL. En cas d'urgence :

	PERE	MERE
Profession		
Lieu de travail		
N° de téléphone		

N° sécurité sociale :

Régime :

CPAM MSA AUTRES :

Prestations familiales :

⇒ **N° CAF :**

⇒ **MSA :**

⇒ **AUTRES :**

Assurance responsabilité civile – organisme et N° du contrat

.....

Si vous êtes assuré à la MAE pour votre enfant pendant l'année scolaire, notez le N° de votre certificat d'adhésion : N°

PARTICIPATION DE VOTRE ENFANT

PERISCOLAIRE 2015-2016	1 ^{er} TRIMESTRE					2 ^{eme} TRIMESTRE					3 ^{eme} TRIMESTRE				
	L U N D I	M A R D I	M E R C R E D I	J E U D I	V E N D R E D I	L U N D I	M A R D I	M E R C R E D I	J E U D I	V E N D R E D I	L U N D I	M A R D I	M E R C R E D I	J E U D I	V E N D R E D I
Participation accueil MATIN : 7 h 30/8 h 45															
Participation accueil SOIR : 16 h 30/18 h 30															
Participation mercredi MIDI 11 h 45/12 h 45															

Cochez les jours où votre enfant participera aux différents temps d'accueil proposés sur la journée.

ATTENTION : toutes modifications de la participation de vos enfants devront être signalées dans les plus brefs délais.

DROIT A L'IMAGE

Je soussigné(e), Madame, Monsieur(1)
 autorise, n'autorise pas(1), mon enfant à être photographié
 sur les temps d'accueil périscolaire.

De plus, j'autorise, je n'autorise pas(1) l'équipe d'encadrement à exposer les photos de mon enfant
 au sein des structures d'accueil.

(1) Rayer les mentions inutiles.

Signature :

COUT DE L'ACCUEIL

Tarif selon quotient familial. (N'oubliez pas de fournir votre N° d'allocataire caf)
 Tarification à l'heure, toute heure commencée est due. Tarif revu tous les ans en Janvier.
 Pour plus d'information, se renseigner auprès de la mairie au 02 43 27 60 44 ou de Danielle à l'accueil
 périscolaire au 06 73 34 59 06.

TOUTE HEURE COMMENCEE EST DUE. LE GOÛTER EST A LA CHARGE DES PARENTS.

AUTORISATION PARENTALE

REGLEMENT INTERIEUR

☞ Tout manquement grave à la discipline sera signaler aux parents et l'exclusion pourra être prononcée.

☞ Dans tous les cas aucune somme ne sera remboursée et les frais occasionnés par ce retour seront à la charge de la famille.

FRAIS DES ACTIVITES DE L'ACCUEIL DE LOISIRS

☞ Accepte de payer l'intégralité des frais m'incombant.

SOINS MEDICAUX

☞ Autorise la direction de l'Accueil de loisirs à faire procéder à toute intervention médicale ou chirurgicale, en cas de nécessité absolue.

☞ Accepte de payer l'intégralité ou la part des frais m'incombant, ainsi que les frais médicaux ou d'hospitalisation éventuels.

☞ Souhaite s'il est possible la consultation du Docteur.....et l'hospitalisation (préciser l'hôpital ou la clinique).....

☞ N° Tél. médecin traitant :.....

☞ En cas de problème grave, les familles sont contactées directement dans les meilleurs délais.

ACTIVITES

☞ Autorise mon enfant à participer à toutes les activités de l'Accueil de loisirs sous la responsabilité du personnel d'encadrement.

TRANSPORTS

☞ Autorise mon enfant à être transporté par un tiers (Personnel de l'Accueil de loisirs et les services de transports professionnels sollicité par le centre de loisirs).

Je soussigné..... (Père, mère ou tuteur) de l'enfantcertifie avoir pris connaissance des conditions d'inscription figurant dans ce dossier.

Date et signature précédée de la mention : « LU ET APPROUVE »

A Le / /20

SIGNATURE

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.

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

5 - RESPONSABLE DE L'ENFANT

NOM..... PRÉNOM.....

ADRESSE (PENDANT LE SÉJOUR).....

TÉL. FIXE (ET PORTABLE), DOMICILE :..... BUREAU :.....

NOM ET TÉL. DU MÉDECIN TRAITANT (FACULTATIF).....

Je soussigné,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.

Date : Signature :

A REMPLIR PAR LE DIRECTEUR A L'ATTENTION DES FAMILLES

COORDONNÉES DE L'ORGANISATEUR DU SÉJOUR OU DU CENTRE DE VACANCES

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

OBSERVATIONS

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