

CADRE RESERVE AU SERVICE :

Dossier reçu le : ____ / ____ / ____

Par : _____

Dossier complet : OUI

Saisie Agora : OUI

DOSSIER INITIAL D'INSCRIPTION

Le dépôt de ce dossier est obligatoire pour l'inscription aux différentes activités périscolaires et extrascolaires.

Une feuille d'inscription spécifique aux activités demandées complètera celui-ci (accueils périscolaires, transports scolaires, mercredis récréatifs, petites et grandes vacances).

Pour les inscriptions aux accueils de loisirs et L'Adosphère – été 2018, si votre enfant a déjà fréquenté une activité au titre de l'année 2017-2018, seule la fiche « activité » est à compléter.

Pièces à joindre au dossier :

- Copie du carnet de vaccination
- Avis d'imposition sur les revenus 2017 sur 2016 pour l'année scolaire 2018-2019
- Attestation d'assurance – Responsabilité civile



TOUT DOSSIER INCOMPLET SERA REFUSE

REPRESENTANTS LEGAUX

Famille monoparentale

Représentant légal n°1 Autorité parentale : OUI NON – joindre la décision judiciaire

Civilité : Madame Monsieur

NOM : _____

Prénom : _____

Date de naissance : / / Lieu de naissance : _____

☎ Domicile : _____

☎ Portable : _____

☎ Travail : _____

✉ Adresse mail (**obligatoire**) : _____

Est autorisé(e) à récupérer l'enfant : OUI NON

Représentant légal n°2 Autorité parentale : OUI NON – joindre la décision judiciaire

Civilité : Madame Monsieur

NOM : _____

Prénom : _____

Date de naissance : / / Lieu de naissance : _____

☎ Domicile : _____

☎ Portable : _____

☎ Travail : _____

✉ Adresse mail (**obligatoire**) : _____

Est autorisé(e) à récupérer l'enfant : OUI NON

Adresse du foyer :

Numéro : _____ Complément (bâtiment, appartement) : _____

Voie : _____

Code postal : _____ Commune : _____

Famille divorcée ou séparée

Dans le cadre d'une garde alternée, joindre impérativement une copie du jugement ainsi qu'un planning précis pour toute inscription à une activité (périscolaire, vacances, etc.)

INFORMATIONS PAIEMENT

Allocataire des prestations familiales :

NOM : _____ Prénom : _____

Organisme : CAF

MSA

Numéro d'allocataire : _____

Nombre d'enfant(s) à charge : _____

Pour les accueils de loisirs extrascolaires (vacances), joindre les Aides aux Temps Libres CAF et bons MSA ou tout autre justificatif de prise en charge à l'inscription

Payeur : (Si différent des représentants légaux – joindre l'attestation de prise en charge)

Organisme Personne

Nom de l'organisme / personne : _____

Adresse :

Numéro : _____ Complément (bâtiment, appartement) : _____

Voie : _____

Code postal : _____ Commune : _____

Mon enfant est accueilli en famille d'accueil : OUI – Compléter les informations

Civilité : Madame Monsieur

NOM : _____ Prénom : _____

Adresse :

Numéro : _____ Complément (bâtiment, appartement) : _____

Voie : _____

Code postal : _____ Commune : _____

☎ Téléphone : _____ ☎ Portable : _____

✉ Adresse mail: _____

PERSONNES DE CONFIANCE

Les personnes de confiance sont les personnes, autres que les représentants légaux, autorisées à récupérer l'enfant à l'issue des temps d'accueil, ou à être appelées en cas d'urgence.

Personne de confiance n°1

Civilité : Madame Monsieur

NOM : _____ Prénom : _____

Lien avec mon enfant : _____

☎ Domicile : _____

☎ Portable : _____

Personne de confiance n°2

Civilité : Madame Monsieur

NOM : _____ Prénom : _____

Lien avec mon enfant : _____

☎ Domicile : _____

☎ Portable : _____

Personne de confiance n°3

Civilité : Madame Monsieur

NOM : _____ Prénom : _____

Lien avec mon enfant : _____

☎ Domicile : _____

☎ Portable : _____

TOUT CHANGEMENT (Coordonnées, personne, etc.) DOIT ÊTRE :

- MODIFIE PAR LE BIAIS DU PORTAIL FAMILLE

- SIGNALE AU SERVICE ANIMATION, ENFANCE ET JEUNESSE

Compléter une feuille par enfant

IDENTITE DE L'ENFANT

NOM : _____

Prénom : _____

Date de naissance : ____ / ____ / ____ Lieu de naissance : _____

Scolarité : Maternelle – classe : _____

Elémentaire – classe : _____

Ecole : CAGV – école : _____

Hors CAGV

PRECAUTIONS D'ACCUEIL

Mon enfant :

Porte des lentilles, lunettes, prothèses auditives, prothèses dentaires, autres ?

Si oui, précisez : _____

A un régime alimentaire particulier :

Végétarien

Végétalien

Sans porc

Sans poisson

Autre : _____

Est accompagné d'un Assistant de Vie Scolaire

AUTORISATIONS

J'autorise mon enfant :

A rentrer seul à l'issue des temps d'accueil de loisirs (enfants âgés de plus de 6 ans)

A être pris en photo ou vidéo dans le cadre des animations. Ces images sont susceptibles d'être utilisées pour des supports de communication internes à la Communauté d'Agglomération du Grand Verdun (hors réseaux sociaux)

A participer aux activités mises en place sur l'accueil de loisirs (sorties, sport, etc.)

Fait à :

Signature du responsable :

Le :

FICHE SANITAIRE DE LIAISON

Médecin traitant :

NOM : _____ Prénom : _____

☎ Téléphone : _____

Vaccinations :

Mon enfant doit obligatoirement être à jour de ses vaccins pour entrer en collectivité.

- Mon enfant est né avant 2018 : DTP (Diphtérie, Tétanos, Poliomyélite)
- Mon enfant est né à partir du 1^{er} janvier 2018 : 11 vaccins

Joindre obligatoirement :

- Les pages vaccination de son carnet de santé
- OU tout document du professionnel de santé attestant de la réalisation des vaccins

Renseignements médicaux concernant mon enfant :

Mon enfant a :

- Une allergie alimentaire : _____
- Une allergie médicamenteuse : _____
- Une allergie autre : _____

Précisez les causes de l'allergie ainsi que la conduite à tenir : _____

- Un Projet d'Accueil Individualisé (à joindre impérativement)

En cas de prise de médicaments sur le temps d'accueil de loisirs, joindre impérativement :

- une ordonnance récente
- les médicaments correspondants dans leur emballage d'origine marqués au nom de l'enfant avec la notice d'utilisation

Autres difficultés de santé (maladie, accident, opération, etc.) en précisant les dates et les précautions à prendre : _____

Fait à :

Signature du responsable :

Le :