

**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).

### **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**

## 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<sup>er</sup> 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 :