

Mon enfant :

NOM : \_\_\_\_\_

Prénom : \_\_\_\_\_

Collège/Lycée : \_\_\_\_\_

## DOSSIER INITIAL D'INSCRIPTION A L'ADOSPHERE

*Pour les jeunes nés entre 2003 et 2008*

**TOUT DOSSIER INCOMPLET SERA REFUSE**

Il peut être envoyé par mail : [mburet@grandverdun.fr](mailto:mburet@grandverdun.fr) ou [rcaquard@grandverdun.fr](mailto:rcaquard@grandverdun.fr)

**Ou**

Déposé au pôle Jeunesse au 01 rue Louis Couten en ayant au préalable pris rendez-vous au 06 29 36 37 18 ou 06 35 82 43 48

**LA PRISE DE RENDEZ-VOUS EST OBLIGATOIRE**

### **Pièces à joindre au dossier :**

- Avis d'imposition du foyer sur les revenus **2018 sur 2017** (pour l'année scolaire 2019-2020) :
  - Couple : avis d'imposition des deux parents
  - Famille monoparentale : avis d'imposition du parent qui procède à l'inscription
- Pour un traitement efficace, toutes les pages de l'avis d'imposition doivent être transmises.
- Calendrier de garde et jugement en cas de garde alternée
- Justificatif médical en cas d'allergie ou de problème de santé

- Couple (PACS, mariage, etc.)                       Famille recomposée (parent + beau-parent)
- Famille monoparentale (parent seul)                       Famille d'accueil

## REPRESENTANTS LEGAUX

### Représentant légal n°1 (RL1) – Payeur par défaut des activités

Civilité :  Madame     Monsieur

NOM : \_\_\_\_\_

Prénom : \_\_\_\_\_

Date de naissance : \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_                      Lieu de naissance : \_\_\_\_\_

☎ Portable : \_\_\_\_\_

☎ Domicile : \_\_\_\_\_                      ☎ Travail : \_\_\_\_\_

✉ Adresse mail (obligatoire) : \_\_\_\_\_

### Représentant légal n°2

Civilité :  Madame     Monsieur

NOM : \_\_\_\_\_

Prénom : \_\_\_\_\_

Date de naissance : \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_                      Lieu de naissance : \_\_\_\_\_

☎ Portable : \_\_\_\_\_

☎ Domicile : \_\_\_\_\_                      ☎ Travail : \_\_\_\_\_

✉ Adresse mail (obligatoire différente du RL1) : \_\_\_\_\_

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

Autorité parentale :  OUI     NON – joindre la décision judiciaire

### Famille divorcée ou séparée

Dans le cadre d'une garde alternée, joindre impérativement :

- une copie du jugement

- un planning précis pour toute inscription à une activité (périscolaire, vacances, etc.)

### Adresse de la famille :

Numéro : \_\_\_\_\_ Complément (bâtiment, appartement) : \_\_\_\_\_

Voie : \_\_\_\_\_

Code postal : \_\_\_\_\_ Commune : \_\_\_\_\_

## INFORMATIONS PAIEMENT

### Allocataire des prestations familiales :

NOM : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_

Organisme :  CAF      Numéro d'allocataire : \_\_\_\_\_

MSA      Numéro d'allocataire : \_\_\_\_\_

Nombre d'enfant(s) à charge : \_\_\_\_\_

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

### Payeur : (Si différent du RL1 – 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: \_\_\_\_\_

**AUTRES QUE LES REPRESENTANTS LEGAUX**

*Les personnes de confiance sont les personnes 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 :**

**- SIGNALE AU SERVICE JEUNESSE : [mburet@grandverdun.fr](mailto:mburet@grandverdun.fr) ou [rcaquard@grandverdun.fr](mailto:rcaquard@grandverdun.fr)**

## IDENTITE DE L'ENFANT

NOM : \_\_\_\_\_

Prénom : \_\_\_\_\_

Date de naissance : \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_      Lieu de naissance : \_\_\_\_\_

Ecole :       CAGV<sup>1</sup> – école : \_\_\_\_\_

Hors CAGV

## AUTORISATIONS

**J'autorise mon enfant :**

	OUI	NON
A rentrer seul à l'issue des temps d'accueil de loisirs soit entre 17h et 18h		
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.		

## COMMUNICATION

Les services de la Communauté d'Agglomération du Grand Verdun peuvent transmettre par mail ou SMS des informations concernant l'activité des accueils, les campagnes d'inscriptions, etc. Cette utilisation est limitée et exclusivement interne à la collectivité. En aucun cas les coordonnées des familles ne sont transmises à des tiers.

J'accepte :

De recevoir des courriels

De recevoir des SMS

<sup>1</sup> CAGV = Communauté d'Agglomération du Grand Verdun

## FICHE SANITAIRE DE LIAISON

### Médecin traitant :

NOM : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_

☎ Téléphone : \_\_\_\_\_

### Précautions d'accueil :

Mon enfant porte :

des lentilles     des lunettes     des prothèses auditives     des prothèses dentaires

autre : \_\_\_\_\_

Mon enfant a un régime alimentaire particulier :

Végétarien (sans viande ni poisson)     Végétalien (sans aliment produit par un animal)

Sans porc     Sans poisson

Sans viande

**Tout régime alimentaire pour raisons médicales (allergie, intolérance, etc.), doit être justifié par un Projet d'Accueil Individualisé ou un justificatif médical**

Est accompagné sur le temps scolaire d'un Assistant de Vie Scolaire

### 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 : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

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 : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

# VACCINATIONS

Les vaccinations contre la diphtérie, le tétanos, la poliomyélite, la coqueluche, l'Haemophilus influenzae b, l'hépatite B, le méningocoque C, le pneumocoque, la rougeole, les oreillons et la rubéole sont obligatoires avant l'âge de 2 ans pour les nourrissons nés à partir du 1er janvier 2018.

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

Mon enfant est né avant 2018 : DTP (Diphtérie, Tétanos, Poliomyélite)

Si vous ne pouvez transmettre ces éléments de manière dématérialisée, il convient de compléter précisément les éléments ci-dessous, en vous référant au carnet de santé de votre enfant.

Enfants nés avant 2018	Enfants nés après le 01.01.2018	Type de Vaccin	Date du dernier rappel
X	X	Diphtérie Tétanos Coqueluche Poliomyélite	
	X	BCG – monotest	
	X	Haemophilus Influenzae b	
	X	Hépatite B	
	X	Méningocoque C	
	X	Pneumocoque	
	X	Rougeole Oreillons Rubéole	
	X	Varicelle	

J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements fournis dans ce dossier, en vue de l'inscription aux accueils de loisirs périscolaires et extrascolaires de mon enfant.

Fait à : \_\_\_\_\_

Le : \_\_\_\_\_

Signature(s) du (des) responsable(s) :

## INFORMATIONS

### Où trouver le Pôle Jeunesse ?

1 rue Louis Couten – 55100 Verdun  
Au-dessus du RAM (Relais d'Assistants Maternels)

Tous les matins de 9h00 à 11h00  
Et les après-midis de 14h à 16h sauf le mercredi

**Renseignements et prise de RDV pour déposer le dossier au :**

**06 35 82 43 48    ou    06 29 36 37 18**

***BONS CAF A FOURNIR LORS DE L'INSCRIPTION***

### Tarifs pour la semaine :

QF < 500 : aggro 5€ / hors aggro 25€ (après déduction des bons CAF)

QF de 501 > 700 : aggro 10€ / hors aggro 25€ (après déduction des bons CAF)

QF de 701 > 1000 : aggro 15€ / hors aggro 25€

QF > 1001 : aggro 20€ / hors aggro 25€