

Mon enfant :

NOM : _____

Prénom : _____

Collège/lycée : _____

DOSSIER INITIAL D'INSCRIPTION A L'ADOSPHERE

Pour les jeunes nés entre 2004 et 2009

TOUT DOSSIER INCOMPLET SERA REFUSE

Il peut être envoyé par mail : mburet@grandverdun.fr ou 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 **2019 sur 2018** :
 - 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.

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 ou rcaquard@grandverdun.fr

IDENTITE DE L'ENFANT

NOM : _____

Prénom : _____

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

Collège/lycée : CAGV¹ : _____

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

¹ 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)
- 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

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 de l'ancien RAM (Relais d'Assistants Maternels)

Tous les matins de 9h00 à 11h00
Et les après-midis de 14h à 17h 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 : agglo 5€ / hors agglo 25€ (après déduction des bons CAF)
QF de 501 > 700 : agglo 10€ / hors agglo 25€ (après déduction des bons CAF)
QF de 701 > 1000 : agglo 15€ / hors agglo 25€
QF > 1001 : agglo 20€ / hors agglo 25€

**L'INSCRIPTION ENTRAINE LE RESPECT STRICT DU
PROTOCOLE SANITAIRE EN VIGUEUR.**