# DOSSIER D'INSCRIPTION

## Accueil Périscolaire de La Croix-Blanche

**Chemin de l'Enfance 47340 LA CROIX-BLANCHE**

**Contact : 06 17 74 30 31 / aprpi@grand-villeneuvois.fr**

## 1- Enfant(s)

### Premier enfant

NOM: ..... PRENOM : .....

DATE DE NAISSANCE : ..... / ..... /..... SEXE : M ☐ F ☐

### Deuxième enfant

NOM: ..... PRENOM : .....

DATE DE NAISSANCE : ..... / ..... /..... SEXE : M ☐ F ☐

### Troisième enfant

NOM: ..... PRENOM : .....

DATE DE NAISSANCE : ..... / ..... /..... SEXE : M ☐ F ☐

### Quatrième enfant

NOM: ..... PRENOM : .....

DATE DE NAISSANCE : ..... / ..... /..... SEXE : M ☐ F ☐

## 2- Parent(s), Responsable légal ou personnes habilitées

### Responsable 1

Père ☐ Mère ☐ Tuteur ou tutrice ☐ Famille d'accueil ☐ Autres ☐ .....

Nom : ..... Prénom : .....

Adresse : .....

Code Postal : ..... Ville : .....

Tél. portable : ..... Tél. travail : .....

Profession : ..... Mail : .....

Autorité parentale Oui ☐ Non ☐

### Responsable 2

Père ☐ Mère ☐ Tuteur ou tutrice ☐ Famille d'accueil ☐ Autres ☐ .....

Nom : ..... Prénom : .....

Adresse : .....

Code Postal : ..... Ville : .....

Tél. portable : ..... Tél. travail : .....

Profession : ..... Mail : .....

Autorité parentale Oui ☐ Non ☐

## Autre responsable

Père ☐ Mère ☐ Tuteur ou tutrice ☐ Famille d'accueil ☐ Autres ☐ ……..

Nom : …… Prénom : ……

Adresse : ……

Code Postal : …… Ville : ……

Tél. portable : …… Tél. travail : ……

Profession : …… Mail : ……

Autorité parentale Oui ☐ Non ☐

## Autres personnes pouvant venir chercher l'enfant ou à prévenir en cas d'urgence

| | |
|---|---|
| Nom : …… | Prénom : …… |
| Tél. : …… | Qualité : …… |
| Nom : …… | Prénom : …… |
| Tél. : …… | Qualité : …… |
| Nom : …… | Prénom : …… |
| Tél. : …… | Qualité : …… |

*En cas d'imprévu, une personne autre pourra être autorisée à venir chercher l'enfant si les parents en font la demande et après validation du responsable. Lors de la première venue, elle devra présenter une pièce d'identité.*

## 3- Pièces à fournir

☐ **Une attestation du quotient familial CAF ou MSA**. (valable sur l'année civile). Ce document est à renouveler tous les ans avant le 31 janvier. A défaut le tarif maximum sera appliqué).

☐ **Une attestation d'assurance responsabilité civile et/ ou assurance scolaire et extra-scolaire** au nom de l'enfant, mentionnant la période de validité. (Pensez à renouveler celle-ci à chaque fin de validité).

☐ **Le dernier avis d'imposition** (si vous êtes non allocataire CAF ou MSA ou si votre dossier CAF mentionne « ressources non connues »).

**Je soussigné(e),……, responsable légal des enfants, déclare exacts les renseignements portés sur ce dossier. Je m'engage à informer et signaler tout changements relatifs à l'inscription (n° de tel, adresse, quotient familial…).**

**Je certifie avoir pris connaissance du règlement intérieur de l'Accueil Périscolaire de La Croix-Blanche et je m'engage à le respecter en tout point.**

**Fait à ……** **Le ……**

**Signature (précédée de la mention « lu et approuvée »)**

## 4- Autorisations parentales

Je soussigné(e),……., père, mère, tuteur ou tutrice légal(e), famille d'accueil,
autorise mon, mes enfant(s) ……..

- à participer aux activités de l'Accueil Périscolaire :

oui ☐ non ☐

- à participer aux activités de l'Accueil Périscolaire en dehors de la structure :

oui ☐ non ☐

- à figurer sur tout support de communication interne (photos, vidéo, audio, etc….):

oui ☐ non ☐

- à prendre les transports en véhicule de service et/ou car de location :

oui ☐ non ☐

- à prendre, le cas échéant, toutes dispositions rendues nécessaires par l'état de l'enfant en cas d'urgence :

oui ☐ non ☐

Fait à …… le ……

**Signature (précédée de la mention « lu et approuvé »)**

# FICHE SANITAIRE DE LIAISON

DOCUMENT CONFIDENTIEL

## 1- ENFANT

NOM: ..... PRENOM : .....

DATE DE NAISSANCE : ..... / ..... /.....

SEXE : M ☐ F ☐

## 2- RENSEIGNEMENTS MEDICAUX

### Vaccinations

**VACCINS OBLIGATOIRES**

Diphtérie : oui ☐ non ☐ date : .....

Tétanos : oui ☐ non ☐ date : .....

Poliomyélite : oui ☐ non ☐ date : .....

**VACCINS RECOMMANDÉS**

Coqueluche : oui ☐ non ☐

Haemophilus : oui ☐ non ☐

R.O.R. : oui ☐ non ☐

Hépatite B : oui ☐ non ☐

Pneumocoque : oui ☐ non ☐

BCG : oui ☐ non ☐

Autres (préciser) : oui ☐ non ☐

.....

SI LE MINEUR N'A PAS LES VACCINS OBLIGATOIRES, JOINDRE UN CERTIFICAT MÉDICAL DE CONTRE-INDICATION.

### Allergies (ou intolérance)

- ALIMENTAIRES ☐ oui ☐ non
- MEDICAMENTEUSES ☐ oui ☐ non
- AUTRES (animaux, plantes, pollen) : ☐ oui ☐ non
- ASTHME ☐ oui ☐ non

Si oui, préciser la **cause** de l'allergie, les **signes évocateurs** et la **conduite à tenir**.

.....

.....

.....

.....

.....

### Protocole d'accueil individualisé (P.A.I.)

Un P.A.I. a t'il été établi ? ☐ oui ☐ non

Si oui, dans quel cadre :

- Restauration (repas et goûter) ☐
- Pratique de certaines activités ☐
- Au quotidien ☐
- Autres ☐ Préciser .....

**Merci de vous rapprocher du responsable de site afin de fournir le protocole d'accueil ainsi que toutes les informations utiles.**

## Enfant porteur de handicap ou de troubles du comportement

L'accueil de loisirs est ouvert aux enfants porteurs de handicap ou de troubles du comportement dès l'instant où toutes les conditions garantissant un service de qualité sont réunies (bien-être et sécurité).
Pour une meilleure intégration de votre enfant, il est souhaitable de prendre rendez-vous avec le responsable de site afin de définir ensemble des modalités d'accueil.

Est-ce qu'une aide particulière a été mise en place? ☐ oui ☐ non

Si oui laquelle? .....

**Merci de nous fournir de document de reconnaissance délivrée par la Maison du handicap (MDPH).**

## Traitement médical

Si votre enfant suit un traitement médical, une ordonnance récente précisant la posologie sera déposée auprès du directeur de centre avec les médicaments dans leur emballage d'origine, la notice d'utilisation **et** votre accord écrit. **Aucun médicament ne pourra être pris sans ordonnance.**

## Informations compémentaires

- Votre enfant porte-t-il des lunettes ? ☐ oui ☐ non
- Votre enfant porte-t-il des lentilles ? ☐ oui ☐ non
- Votre enfant porte-t-il des prothèses ou protections auditives ? ☐ oui ☐ non
- Votre enfant porte-t-il des prothèses ou appareil dentaire ? ☐ oui ☐ non

**NOM ET TEL. MEDECIN TRAITANT :** .....

# 3- RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS

Comportement de l'enfant, difficultés de sommeil, particularités ou régimes alimentaires, énurésie nocturne, etc...
.....
.....
.....
.....
.....

# 4- RESPONSABLES DE L'ENFANT

Responsable N°1 :

NOM : .....
PRENOM : .....
ADRESSE : .....
.....
CODE POSTAL : .....VILLE :.....
TEL. DOMICILE : .....
TEL. TRAVAIL : .....
TEL. PORTABLE : .....

Responsable N°2 :

NOM : .....
PRENOM : .....
ADRESSE : .....
.....
CODE POSTAL : .....VILLE :.....
TEL. DOMICILE : .....
TEL. TRAVAIL : .....
TEL. PORTABLE : .....

Je soussigné(e)....., responsable légal de l'enfant,

déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et m'engage à les réactualiser si nécessaire.

J'autorise le responsable de l'accueil de loisirs à prendre, le cas échéant, toutes mesures rendues nécessaires selon l'état de santé de ce mineur.

Date : Signature :