

Dossier Unique d'Inscription

Accueil de Loisirs péri et extra scolaire, garderie

Année scolaire 20__/20__

Pour pouvoir remplir ce formulaire à l'ordinateur et utiliser toutes ses fonctionnalités, vous devez utiliser le logiciel gratuit Adobe Acrobat Reader disponible à l'adresse : <https://get.adobe.com/fr/reader/>

Informations concernant votre enfant

Nom de l'enfant :		Fille : ☐ Garçon : ☐
Prénom de l'enfant :		 Cliquez pour insérer une photo
Date de naissance :		
Établissement scolaire :		
Commune de l'Établissement :		
Classe :	ULIS ☐ TPS ☐ PS ☐ MS ☐ GS ☐ CP ☐ CE1 ☐ CE2 ☐ CM1 ☐ CM2 ☐ 6 ^e ☐ 5 ^e ☐ 4 ^e ☐ 3 ^e ☐ 2 nd e ☐ 1 ^{ère} ☐ Terminale ☐	

Informations concernant le ou les responsables légaux

Responsable légal 1		Responsable légal 2	
Nom d'usage :		Nom d'usage :	
Nom de naissance :		Nom de naissance :	
Prénom :		Prénom :	
Qualité :	Père ☐ Mère ☐ Tuteur ☐ ☐ Autre :	Qualité :	Père ☐ Mère ☐ Tuteur ☐ ☐ Autre :
Situation familiale:		Situation familiale:	
N° de téléphone :		N° de téléphone :	
N° de tél. mobile :		N° de tél. mobile :	
Adresse :		Adresse :	
Code postal :		Code postal :	
Ville :		Ville :	

Informations concernant le ou les responsables légaux

Responsable légal 1		Responsable légal 2	
N° de tél. prof. :		N° de tél. prof. :	
Courriel :		Courriel :	
Profession :		Profession :	
Employeur :		Employeur :	
Date de naissance :		Date de naissance :	

Informations concernant la facturation

Indiquez ci-dessous qui est le redevable (personne physique ou morale à facturer) :

- ☐ Responsable légal 1 ☐ Responsable légal 2 ☐ Tiers (joindre une attestation de prise en charge)
- ☐ Facturation partagée en cas de garde alternée
(se rapprocher du service afin d'établir un dossier spécifique)

Comment souhaitez-vous recevoir vos factures ?

- ☐ Sur le portail Enfance-Jeunesse

(Une notification vous sera transmise par mail vous informant de la disponibilité de votre facture sur le portail citoyen ; à la condition d'avoir créé votre compte citoyen et autorisé les notifications.)

- ☐ Par courrier postal

Tarification au Quotient Familial

La tarification de l'ensemble des prestations péri et extra scolaires est établie selon le quotient familial.

À noter : pour les familles ne fournissant aucune information, **le tarif maximal sera automatiquement appliqué, sans effet rétroactif, en cas de modification.**

Nom de l'allocataire :

- ☐ Vous dépendez de la CAF de la HAUTE GARONNE : N° d'allocataire CAF : |_|_|_|_|_|_|_|_|

Les renseignements fournis pourront faire l'objet d'un contrôle par le Service Enfance-Jeunesse par le biais de l'accès partenaire signé avec la CAF de la Haute Garonne

- ☐ Vous dépendez d'un autre organisme : MSA – N° d'allocataire : |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

Assurance

Nous certifions que notre enfant est couvert par une assurance responsabilité civile et avoir pris connaissance de l'intérêt à souscrire un contrat d'assurance de personnes couvrant les dommages corporels, dans le cadre des activités péri et extra scolaires.

Compagnie d'assurance : **N° de contrat :**

Validité : du au

Nous autorisons le responsable de la structure, en cas d'incident impliquant notre enfant, à communiquer nos coordonnées ainsi que les références de notre assurance au tiers lésé sur sa demande.

Accès aux fichiers

Conformément à la loi relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés, et au RGPD (règlement général sur la protection des données), vous êtes informés que :

- Les seuls destinataires des données renseignées dans ce dossier sont les services de la Communauté de Communes Cœur de Garonne, de la Commune où est scolarisé votre enfant, de l'Éducation Nationale, de la Recette des Finances publiques et la CAF.
- Vous êtes habilités à obtenir communication des informations nominatives recueillies et d'en demander toutes rectifications.

Nous

responsable(s) légal(ux) de l'enfant :

- **certifions** avoir pris connaissance du règlement intérieur de la structure, (disponible sur le portail citoyen : <https://portail.berger-levrault.fr/6149/accueil>) **et nous engageons** à en respecter les modalités de fonctionnement,
- **nous engageons** à communiquer tous changements concernant ce dossier (changement adresse, téléphone situation familiale),
- **attestons** sur l'honneur être titulaire(s) de l'autorité parentale et certifions sur l'honneur les renseignements portés par ce formulaire.

Fait à, le

Signature(s) :

Responsable légal 1 :

Responsable légal 2 :

Pour signer numériquement le document, sans avoir à l'imprimer, vous pouvez utiliser le menu « Signer » puis « Remplir et signer » dans Adobe Acrobat Reader DC. À défaut, l'envoi de ce dossier via votre adresse email personnelle renseignée sur la page 2, vaut signature.

Fiche de liaison

Accueil de Loisirs et Garderie

Année scolaire 20__/20__

Les données déjà renseignées ci-dessus se reportent automatiquement. Merci de compléter les informations manquantes (personne(s) majeure(s) à contacter en priorité et à venir chercher l'enfant)

Informations concernant votre enfant

Nom de l'enfant :		Fille : ☐ Garçon : ☐
Prénom de l'enfant :		 photo
Date de naissance :		
Établissement scolaire :		
Commune de l'Établissement :		
Classe :	ULIS ☐ TPS ☐ PS ☐ MS ☐ GS ☐ CP ☐ CE1 ☐ CE2 ☐ CM1 ☐ CM2 ☐ 6 ^e ☐ 5 ^e ☐ 4 ^e ☐ 3 ^e ☐ 2 nd e ☐ 1 ^{ère} ☐ Terminale ☐	

Informations concernant le ou les responsables légaux

Responsable légal 1		Responsable légal 2	
Nom d'usage :		Nom d'usage :	
Nom de naissance :		Nom de naissance :	
Prénom :		Prénom :	
Qualité :	Père ☐ Mère ☐ Tuteur ☐ ☐ Autre :	Qualité :	Père ☐ Mère ☐ Tuteur ☐ ☐ Autre :
Téléphone :		Téléphone :	
Tél. mobile :		Tél. mobile :	
Tél. professionnel :		Tél. professionnel :	
Courriel :		Courriel :	

Personne[s] majeure[s] à contacter en priorité [autre que les parents] pour venir chercher l'enfant

Personne 1		Personne 2	
Nom d'usage :		Nom d'usage :	
Prénom :		Prénom :	
Lien de parenté :		Lien de parenté :	
Téléphone :		Téléphone :	
Tél. mobile :		Tél. mobile :	

Personne[s] majeure[s] autorisée[s] à venir chercher l'enfant

Personne 1		Personne 2	
Nom d'usage :		Nom d'usage :	
Prénom :		Prénom :	
Lien de parenté :		Lien de parenté :	
Téléphone :		Téléphone :	
Tél. mobile :		Tél. mobile :	

Personne 3		Personne 4	
Nom d'usage :		Nom d'usage :	
Prénom :		Prénom :	
Lien de parenté :		Lien de parenté :	
Téléphone :		Téléphone :	
Tél. mobile :		Tél. mobile :	

- **Déclarons** exacts les renseignements notifiés ci-dessus,
 - **Autorisons** la direction de l'accueil de loisirs à prendre les mesures nécessaires pour le bien de notre enfant en cas d'accident et faire pratiquer les interventions d'urgence suivant les prescriptions du médecin.
 - **Autorisons** la participation de notre enfant à toutes les activités organisées par le service enfance jeunesse y compris les sorties extérieures (transports compris),
 - **Prenons acte** que dans le cadre de reportages, d'articles portant sur les animations réalisées pendant les TAP, ALAE, ALSH, ou garderie, le service enfance jeunesse peut être amené à prendre des photos des enfants pour illustrer ses supports de communication (journaux, affiches, plaquettes à thèmes, sites internet, réseaux sociaux,...).
 - **Donnons** notre consentement, sans limitation de durée à l'affichage de l'image de notre enfant. Dans le cas contraire, nous nous engageons à joindre à ce dossier une attestation écrite, datée et signée, précisant notre refus.
 - **Nous engageons** à en respecter les modalités de fonctionnement.
- ☐ **Autorisons** notre enfant de plus de 6 ans, à quitter seul l'accueil de loisirs. Si oui, une autorisation parentale avec l'heure de sortie devra être jointe à ce dossier.

Fait à, le

Signature(s) :

Responsable légal 1 :

Responsable légal 2 :



FICHE SANITAIRE DE LIAISON

DOCUMENT CONFIDENTIEL

Joindre obligatoirement la copie du carnet de vaccination

NOM DU MINEUR :

PRENOM :

DATE DE NAISSANCE :

SEXE : M ☐ F ☐

Cette fiche permet de recueillir des informations utiles concernant votre enfant (l'arrêté du 20 février 2003 relatif au suivi sanitaire des mineurs en séjour de vacances ou en accueil de loisirs).

1-VACCINATION (se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccinations)

VACCINATIONS OBLIGATOIRES	Oui	Non	DATES DES DERNIERS RAPPELS	VACCINS RECOMMANDÉS	DATES
Diphtérie				Coqueluche	
Tétanos				Haemophilus	
Poliomyélite				Rubéole-Oreillons-Rougeole	
				Hépatite B	
				Pneumocoque	
				BCG	
				Autres :	

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

2-RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LE MINEUR

Poids :kg ; Taille :cm (informations nécessaires en cas d'urgence)

Suit-il un traitement médical pendant le séjour ? ☐ Oui ☐ Non

Si oui, joindre une ordonnance récente et les médicaments correspondants (boîtes de médicaments dans leur emballage d'origine marquées au nom de l'enfant avec la notice).

Aucun médicament ne pourra être administré sans ordonnance.

ALLERGIES : ALIMENTAIRES

☐ oui ☐ non

MEDICAMENTEUSES

☐ oui ☐ non

AUTRES (animaux, plantes, pollen) :

☐ oui ☐ non

Précisez

Si oui, joindre un **certificat médical** précisant la cause de l'allergie, les signes évocateurs et la conduite à tenir.

Le mineur présente-t-il un problème de santé, si oui préciser ☐ oui ☐ non

3-RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS

Port des lunettes, de lentilles, d'appareil dentaire ou auditif, comportement de l'enfant, difficultés de sommeil, énurésie nocturne, etc...

4-RESPONSABLES DU MINEUR

Responsable N°1 : NOM : PRÉNOM :

ADRESSE :

TEL DOMICILE TEL TRAVAIL

TEL PORTABLE :

Responsable N°2 : NOM : PRÉNOM :

ADRESSE :

TEL DOMICILE TEL TRAVAIL

TEL PORTABLE :

NOM ET TEL MEDECIN TRAITANT :

Je soussigné(e)....., responsable légal du mineur, 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 :

Dossier à retourner rempli à ej.famille@cc-coeurdegaronne.fr

Pièces à fournir

ASSURANCE SCOLAIRE ET EXTRASCOLAIRE



NOTIFICATION OCTROI AEEH



DERNIER AVIS D'IMPOSITION (pour les non allocataires)

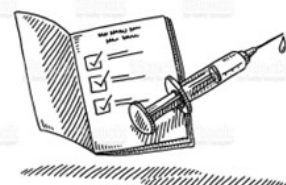


PROTOCOLE D'ACCUEIL INDIVIDUALISÉ (trouble de santé)

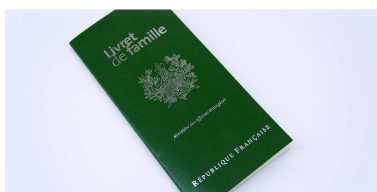
ATTESTATION QF CAF- MSA (du mois de janvier année en cours)



CARNET DE VACCINATION



La copie du livret de famille parents et enfants



JUGEMENT DU DROIT DE GARDE