

PAI : OUI NON
Malade transport : OUI NON

Publication photos : OUI NON



Centre de loisirs de l'Association « Les P'tits Cœurs de Saintonge »



DOSSIER D'INSCRIPTION 2024-2025

Documents à fournir obligatoirement avec le présent dossier :

- Attestation de quotient caf
- Photocopies des vaccins
- Photocopie attestation d'assuré social au nom de l'enfant
- Attestation d'assurance extrascolaire ou responsabilité civile au nom de l'enfant

Photo
Uniquement
pour les
enfants en
PAI

1. L'ENFANT

Nom et prénom de l'enfant :

Date de naissance :

Sexe : Fille Garçon Taille : Pointure :

Dans quel établissement est scolarisé votre enfant :

Nom de sa classe : A t-il un Aesh ?

Enfant détenteur d'un PAI : oui non ou bénéficiant de l'AEEH : oui non

Enfant en garde alternée : oui non

L'enfant sait nager (validé par un professionnel) : oui Non

Mon enfant est-il malade en transport ? oui non

2. LES RESPONSABLES LEGAUX

Responsable 1 (payeur)

Nom : Prénom : Parenté :

Adresse :

Code postal : Commune :

Tél domicile : Mobile :

E.mail (obligatoire):

Profession :

Tél professionnel :

Responsable 2

Nom : Prénom : Parenté :

Adresse :

Code postal : Commune :

Tél domicile : Mobile :

E.mail (obligatoire):

Profession :

Tél professionnel :

3. INFORMATIONS PRATIQUES

Quotient familial :

Nom du parent responsable du dossier CAF :

N° allocataire CAF : N° MSA :

N° sécurité sociale de rattachement de l'enfant :

Assurance :

4. AUTORISATIONS ET ENGAGEMENTS PARENTAUX

Je soussigné,.....
Responsable légal de l'enfant.....

AUTORISE mon enfant à participer à toutes les animations du centre de loisirs

Oui non

AUTORISE mon enfant à participer aux sorties spécifiques organisées par le centre les mercredis et les vacances et donc à être transporté en mini bus, en bus ou se déplacer à pied

Oui non

AUTORISE les personnes mandatées par l'accueil de loisirs à prendre toutes les mesures médicales nécessaires (traitement médical, hospitalisation, opération chirurgicale, etc.) en cas de besoin.

Oui non

AUTORISE mon enfant à partir seul de l'accueil de loisirs à partir de 16h30 ou de :.....h

Oui non

Autorise les personnes ci-dessous à venir chercher mon enfant :

NOM :..... Prénom :..... ☎ :..... Lien de parenté :

NOM :..... Prénom :..... ☎ :..... Lien de parenté :

NOM :..... Prénom :..... ☎ :..... Lien de parenté :

NOM :..... Prénom :..... ☎ :..... Lien de parenté :

ATTESTE avoir pris connaissance du règlement intérieur du centre de loisirs et à le respecter

Oui non

M'ENGAGE à respecter les règles de fonctionnement du centre de loisirs consignées dans le règlement intérieur (règlement des factures, horaires...)

Oui non

M'ENGAGE à reprendre mon enfant si son comportement est jugé incompatible avec le respect du règlement

Oui non

M'ENGAGE à fournir un PAI si mon enfant a un problème de santé qui doit être pris en charge.

Oui non

Prise de photos (rayer la mention non souhaitée)

- Accepte la prise de photos lors des différentes activités et sorties proposées
- Accepte la diffusion par l'accueil de loisirs des images prises lors des activités sur le site internet de l'association et le Facebook de l'association
- Accepte la parution des images dans des journaux locaux.
- Accepte l'utilisation des images lors de manifestations au sein de l'association (Assemblée générale, exposition photos...)

Nous vous rappelons que vous disposez d'un droit d'accès, de modification, de rectification et de suppression des données qui vous concernent (articles 39 et suivants de la loi du 6 janvier 1978). Pour exercer ces droits, vous pouvez vous adresser à la responsable de l'accueil de loisirs.

Fait à _____, le _____

Signature du responsable légal :

INDIQUEZ CI-APRÈS :

LES **DIFFICULTÉS DE SANTÉ** (MALADIE, ACCIDENT, CRISES CONVULSIVES, HOSPITALISATION, OPÉRATION, RÉÉDUCATION) EN PRÉCISANT LES DATES ET LES **PRÉCAUTIONS À PRENDRE**.

.....
.....
.....
.....
.....
.....

4 - RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS

VOTRE ENFANT PORTE-T-IL DES LENTILLES, DES LUNETTES, DES PROTHÈSES AUDITIVES, DES PROTHÈSES DENTAIRES, ETC... PRÉCISEZ.

.....
.....
.....
.....
.....

5 - RESPONSABLE DE L'ENFANT

NOM..... PRÉNOM.....

ADRESSE (PENDANT LE SÉJOUR).....

.....
.....

TÉL. FIXE (ET PORTABLE), DOMICILE :..... BUREAU :.....

NOM ET TÉL. DU MÉDECIN TRAITANT (FACULTATIF).....

Je soussigné,.....responsable légal de l'enfant, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise le responsable du séjour à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de l'enfant.

Date :

Signature :

A REMPLIR PAR LE DIRECTEUR A L'ATTENTION DES FAMILLES

COORDONNÉES DE L'ORGANISATEUR DU SÉJOUR OU DU CENTRE DE VACANCES

.....
.....
.....

OBSERVATIONS

.....
.....
.....
.....
.....