

# Dossier unique d'inscription

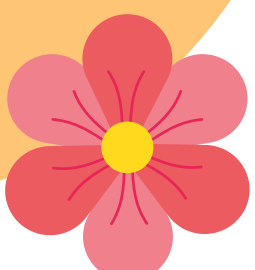
( Restauration scolaire, Périscolaire et Extrascolaire)

2020/2021

LE PERISCOLAIRE 

Lundi/ mardi /jeudi /vendredi  
7h00-8h20 /11h15-13h30 /16h00-19h00

LES MERCREDIS ET VACANCES

7h00-19h00 

## Informations relatives à l'enfant

Nom de l'enfant : .....

Prénom de l'enfant : .....

Date de naissance : ..... / ..... / .....

Âge de l'enfant : .....


Sexe :  Féminin  Masculin

Repas :  Avec Porc  Sans Porc

École de rattachement : .....

## PIECES OBLIGATOIRES


- Avis d'imposition 2021 sur l'année 2020
- L'assurance de responsabilité civile individuelle accidents corporels de l'année en cours
- Photocopie des vaccins
- Acte de divorce ou de séparation indiquant les modalités de garde

 02.37.82.65.94

 Alsh.galipette@orange.fr

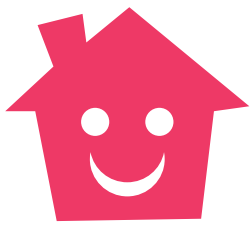
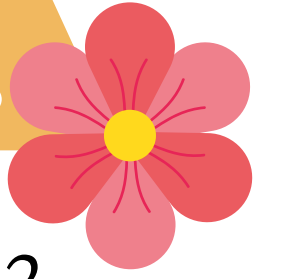
 Accueil collectif de mineurs Place Charles de Gaulle 28210 Villemeux Sur Eure

 Rejoins nous sur "ACM Galipette"

 Villemeux-sur-Eure  
Cherville Mauzaize Mesnil-Ponceau

 ALLOCATIONS FAMILIALES  
Caf d'Eure-et-Loir

# Famille de L'enfant



## Responsable légal 1

Père  Mère  Tuteur

Autre (précisez) : .....

Nom : .....

Prénom : .....

Date de naissance : ..... / ..... / .....

Adresse : .....

.....

.....

@ E-mail : .....

Tél. fixe : .....

Tél. portable : .....

Tél. pro: .....

Profession : .....

Employeur : .....



## Responsable légal 2

Père  Mère  Tuteur

Autre (précisez) : .....

Nom : .....

Prénom : .....

Date de naissance : ..... / ..... / .....

Adresse : .....

.....

@ E-mail : .....

Tél. fixe : .....

Tél. portable : .....

Tél. pro: .....

Profession : .....

Employeur : .....

## Situation familiale

Célibataire  Pacsé(e)  Marié(e)  Séparé(e)  Divorcé(e)\*  Veuf(veuve)

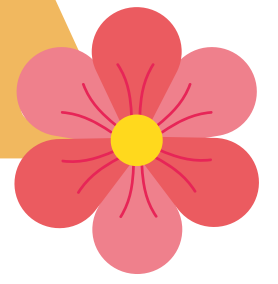
\* joindre une copie du jugement justifiant l'autorité parentale

## Informations diverses

Régime général :  CAF  MSA Autre (précisez) : .....

Nom et prénom de l'allocataire : ..... N° allocataire CAF : .....

# Autorisations parentales



- J'autorise mon enfant/ados à utiliser les moyens de transport qui seront proposés par l'accueil de loisirs.
- J'autorise mon enfant/ados à pratiquer toutes activités et initiations sportives.
- J'autorise le service enfance jeunesse éducation à photographier et/ou filmer mon enfant pour la création de souvenirs et d'archives.
- J'autorise le service enfance jeunesse éducation à utiliser ces supports pour sa promotion et son information (presse, bulletin municipal, nouveaux médias, affiches...).
- J'autorise la directrice, les pompiers ainsi que le personnel hospitalier à prendre toutes mesures qu'ils jugeront nécessaires au cas où mon enfant aurait besoin de soins urgents (hospitalisation, traitement médical...).

Choix de l'hospitalisation : ..... Ou .....

N° de sécurité sociale .....

M'engage à payer la part des frais de séjour incombant à la famille et des frais médicaux d'hospitalisation et d'opérations éventuelles non remboursés par la sécurité sociale.

Autorise les personnes suivantes à venir chercher mon enfant :

Nom : ..... Prénom : .....

Lien : ..... Téléphone : .....

Nom : ..... Prénom : .....

Lien : ..... Téléphone : .....

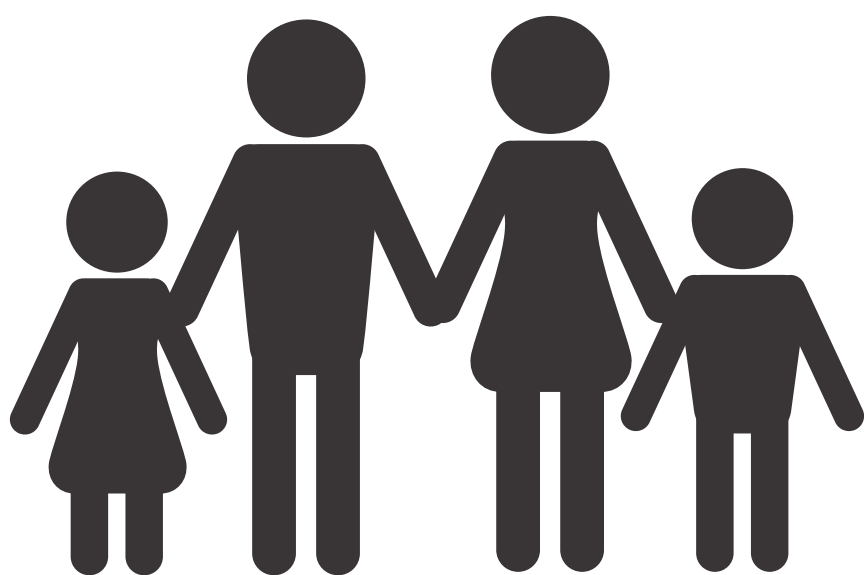
Nom : ..... Prénom : .....

Lien : ..... Téléphone : .....

**Toute personne amenée à récupérer l'enfant doit se munir de sa carte d'identité.**

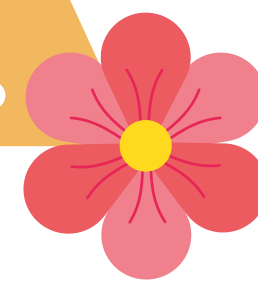
Déclare avoir pris connaissance des conditions matérielles d'accueil de mon enfant et du règlement intérieur et certifie que mon enfant est actuellement apte à y séjourner et à pratiquer les activités et les sorties proposées

Le : ..... / ..... / ..... à : ..... Signature du responsable légal





# Fiche sanitaire de liaison



Nom (**En majuscule**): ..... Prénom : .....

Sexe :  Féminin  Masculin



Ne(é) le ...../...../..... à .....

Niveau scolaire en 2021/2022 : .....

L'enfant est-il bénéficiaire d'un PAI (**Projet d'Accueil Individualisé**) ?  Oui  Non

L'enfant souffre-t-il d'allergies ?  Oui  Non

Si oui, précisez :  Asthme  Médicamenteuse  Alimentaire  Autre : .....

Si oui, précisez la cause de l'allergie et la conduite à tenir (joindre un certificat médical).....

Connaissez-vous le groupe sanguin de l'enfant ?  Oui : .....  Non

L'enfant va-t-il déjà eu les maladies suivantes ?  Rubéole  Varicelle  Angine

Scarlatine  Coqueluche  Otite  Rougeole  Oreillons  Rhumatisme articulaire aigu

L'enfant suit-il un traitement durant l'accueil de loisirs ?  Oui  Non

**Si oui, merci de joindre une ordonnance originale récente avec la quantité de médicaments nécessaire. Les médicaments doivent être fournis dans leur boîte d'origine étiquetée au nom de l'enfant et avec la notice. Aucun médicament ne sera donné sans ordonnance.**

L'enfant va-t-il des difficultés de santé ou des antécédents médicaux ?.....

L'enfant porte-t-il des lunettes, lentilles, prothèses auditives, etc. ? .....

Médecin traitant :

Nom : ..... N° de téléphone : .....

Adresse : .....



Je déclare avoir pris connaissance des conditions de fonctionnement de l'accueil de loisirs :

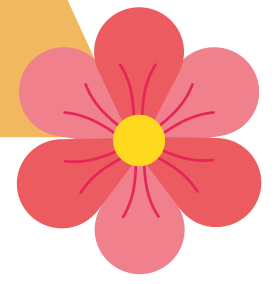
Autorise les organisateurs à prendre toutes les mesures nécessaires en cas d'urgence médicale,

Atteste que mon enfant est à jour de ses vaccins et ne présente pas de contre-indication à la pratique des activités proposées dans le cadre de l'ALSH,

Le: ..... / ..... / ..... à: ..... Signature du responsable légal

# Inscriptions aux activités

## Restaurant scolaire-Reservation pour l'année scolaire



Fréquentation régulière, cocher les jours de présence :

Lundi  Mardi  Jeudi  Vendredi

Si votre enfant ne fréquente pas le restaurant scolaire dès la rentrée, merci d'indiquer à partir de quelle date il sera présent : ...../...../.....



Fréquentation ponctuelle (**réservation à effectuer sur votre espace famille**).

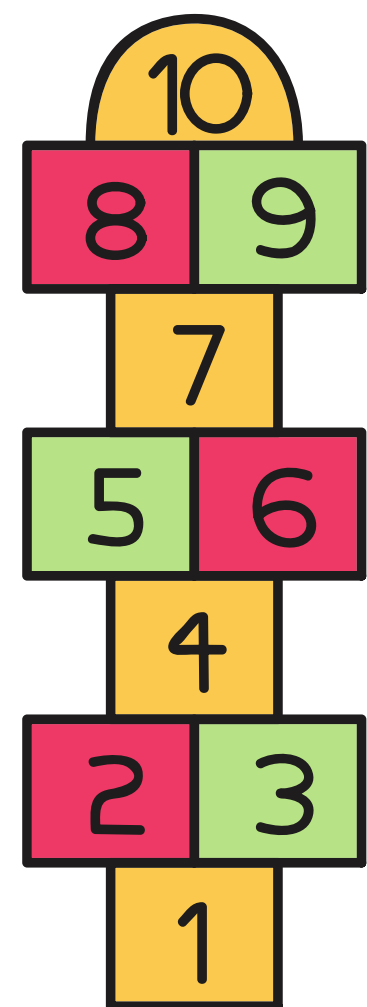
## Accueil Périscolaire-A titre indicatif

Fréquentation régulière, cocher les jours de présence :

Matin :  Lundi  Mardi  Jeudi  Vendredi Heure d'arrivée : .....

Soir :  Lundi  Mardi  Jeudi  Vendredi Heure de départ : .....

Fréquentation ponctuelle (**réservation à effectuer sur votre espace famille**).



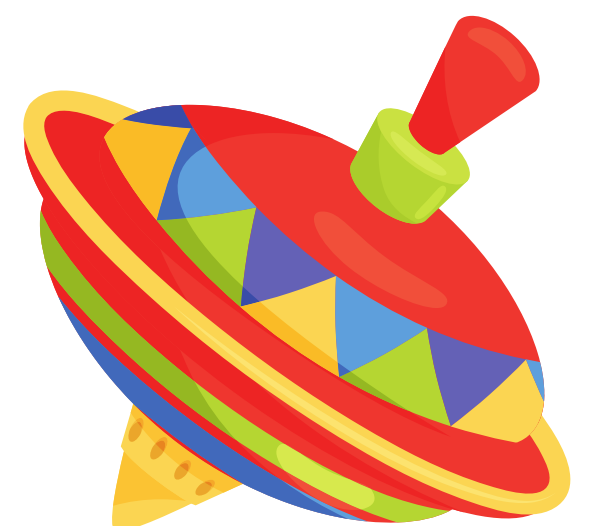
## Accueil de loisirs-A titre indicatif

Les mercredis :  Oui  Non

Les petites vacances :  Oui  Non

Les vacances d'été :  Oui  Non

**Les réservations sont à faire pour chaque période sur l'espace famille.**



# Attestation sur l'honneur

Atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements fournis et m'engage à prévenir la directrice de l'accueil collectif de mineur de tout changement éventuel.

Reconnais avoir pris connaissance du règlement intérieur relatif aux activités périscolaires, extrascolaires et de la restauration scolaire afficher à l'accueil collectif de mineurs et consultable en ligne sur le site de la mairie conforme à la délibération du conseil municipal, déclare et approuve son contenu et m'engage à m'y conformer.

Le : ..... / ..... / .....      à : .....      Signature du responsable légal