



Ville de Cournonterral

Service Enfance Jeunesse

12 rue Armand Daney

34 660 Cournonterral

04 67 85 60 61

centreloisirs@ville-cournonterral.fr

DOSSIER INSCRIPTION ENFANCE JEUNESSE

2017/2018

(ALSH, ALP, club préados, Pôle jeunesse, Aide aux devoirs, restaurants scolaires)

OBLIGATOIRE

Pour permettre la fréquentation des enfants sur l'ensemble des structures

Documents à fournir :

- N° Allocataire CAF. A défaut, avis d'imposition revenus 2016 au plus tard le 01/10/2017 (pour les non allocataires CAF)
- Attestation d'assurance année scolaire 2017/2018
- Notification (mail) « Aide aux loisirs »
- Fiche sanitaire remplie et signée

**A retourner au Service enfance jeunesse au plus tard le 31 août
2017**

FICHE de RENSEIGNEMENTS

➤ Adultes

| Père ou responsable légal | | Mère ou responsable légal | |
|---------------------------|--|---------------------------|--|
| Nom | | Nom | |
| Prénom | | Prénom | |
| Adresse | | Adresse | |
| Date de naissance | | Date de naissance | |
| Tel dom | | Tel dom | |
| Tel port | | Tel port | |
| email | | email | |
| profession | | profession | |
| N° S Sociale/ enfant | | | |
| N° allo CAF | | | |

En cas de garde spécifique (alternée...) merci de nous le préciser :

➤ Facturation

- Père
- Mère
- Autre (précisez)

➤ Enfants à inscrire

| Nom et prénom des enfants | Date naissance | Ecole | Nom de l'enseignant |
|---------------------------|----------------|-------|---------------------|
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

AUTORISATIONS

Je soussigné, Mme, Mlle, M, _____

Responsable légal de(s)
l'enfant(s) _____

➤ **Sorties**

Autorise mon(es) enfant(s) à quitter les ALAE, les TAP, les ALSH ou l'aide aux devoirs

Nom, prénom de l'enfant : _____

- Seul
 En compagnie de (plusieurs personnes possibles)

Nom, prénom de l'enfant : _____

- Seul
 En compagnie de (plusieurs personnes possibles)

Nom, prénom de l'enfant : _____

- Seul
 En compagnie de (plusieurs personnes possibles)

Nom, prénom de l'enfant : _____

- Seul
 En compagnie de (plusieurs personnes possibles)

Merci d'alerter le service en cas de changement, en cours d'année, concernant les autorisations de sortie

➤ **Soins**

Autorise les responsables des accueils de loisirs et de l'aide aux devoirs à faire soigner nos enfants et à faire pratiquer les interventions d'urgence, les anesthésies générales, suivant les prescriptions des médecins.

M'engage à payer la part des frais médicaux et d'hospitalisation incombant à la famille.

➤ **Activités**

Autorise mon(es) enfant(s) à participer à toutes les activités intérieures et extérieures proposées dans le cadre des accueils de loisirs et de l'aide aux devoirs.

Autorise la publication de photo de mon(es) enfant(s) dans le cadre de diffusion de presse (Site Internet municipal, Journal communal, presse locale...)

- Oui
 Non

➤ **Règlements**

Déclare avoir pris connaissance des règlements intérieurs de restauration scolaire et des accueils de loisirs. (<http://www.ville-cournonterral.fr>, rubrique enfance jeunesse puis ALSH)

Signature du responsable légal de l'enfant et du redevable

Temps d'Activités Périscolaires (TAP)

(Une feuille par enfant)

Les TAP fonctionnent par cycles qui se déroulent entre chaque période de vacances scolaires. La pré-inscription est obligatoire pour chaque cycle. Aucun enfant ne sera accepté aux TAP s'il n'est pas inscrit. Dans ce cas, il devra donc IMPERATIVEMENT être récupéré entre 15h et 15h10 les mardi et vendredi.

J'inscris mon enfant aux TAP (cocher l'option choisie, un soir, deux soirs, ne participera pas):

| | Les mardis | Les vendredis | ne participera pas | date | signature |
|---------------------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|---|--|
| ⇒ CYCLE 1 : 4 septembre au 20 octobre | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input style="width: 60px; height: 20px;" type="text"/> | <input style="width: 120px; height: 20px;" type="text"/> |
| ⇒ CYCLE 2 : 6 novembre au 22 décembre | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input style="width: 60px; height: 20px;" type="text"/> | <input style="width: 120px; height: 20px;" type="text"/> |
| ⇒ CYCLE 3 : 8 janvier au 16 février | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input style="width: 60px; height: 20px;" type="text"/> | <input style="width: 120px; height: 20px;" type="text"/> |
| ⇒ CYCLE 4 : 5 mars au 13 avril | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input style="width: 60px; height: 20px;" type="text"/> | <input style="width: 120px; height: 20px;" type="text"/> |
| ⇒ CYCLE 5 : 30 avril au 6 juillet | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input style="width: 60px; height: 20px;" type="text"/> | <input style="width: 120px; height: 20px;" type="text"/> |

AIDE AUX DEVOIRS (OPTIONNEL)

| Nom et prénom des enfants | Etudes surveillées | | | | Accompagnement à la scolarité | |
|---------------------------|--------------------|-------|-------|----------|-------------------------------|------------------------|
| | Lundi | Mardi | Jeudi | Vendredi | Soit lundi et jeudi | Soit mardi et vendredi |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |

FICHE SANITAIRE DE LIAISON

1 - ENFANT

NOM : _____

PRÉNOM : _____

DATE DE NAISSNCE : _____

GARÇON

FILLE

2 -VACCINATIONS (se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccinations de l'enfant).

| VACCINS OBLIGATOIRES | | | DATES DES DERNIERS RAPPELS | VACCINS RECOMMANDÉS | DATES |
|----------------------|-----|-----|----------------------------|----------------------------|-------|
| | oui | non | | | |
| Diphtérie | | | | Hépatite B | |
| Tétanos | | | | Rubéole-Oreillons-Rougeole | |
| Poliomyélite | | | | Coqueluche | |
| Ou DT polio | | | | Autres (préciser) | |
| Ou Tétracoq | | | | | |
| BCG | | | | | |

SI L'ENFANT N'A PAS LES VACCINS OBLIGATOIRES JOINDRE UN CERTIFICAT MÉDICAL DE CONTRE-INDICATION
ATTENTION : LE VACCIN ANTI-TÉTANIQUE NE PRÉSENTE AUCUNE CONTRE-INDICATION

3 -RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX CONCERNANT L'ENFANT

L'enfant suit un **traitement médical** durant la semaine ? oui non

Si L'enfant suit un **traitement médical** durant la semaine, 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*)

L'ENFANT A-T-IL DÉJÀ EU LES MALADIES SUIVANTES ?

| | | |
|------------|----------|-----------------------------|
| Rubéole | Otite | Rhumatisme articulaire aigu |
| Coqueluche | Angine | Oreillons |
| Varicelle | Rougeole | Scarlatine |

Allergies : Asthme Alimentaire Médicamenteuses Autres

PRÉCISEZ LA CAUSE DE L'ALLERGIE ET LA CONDUITE À TENIR (si automédication le signaler)

.....
.....

P.A.I (PROJET D'ACCEUIL INDIVIDUALISÉ) EN COURS ? oui non (JOINDRE PROTOCOLE ET INFORMATIONS UTILES) :

.....
.....

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...

.....
.....

5 - RESPONSABLE DE L'ENFANT

NOMPrénom.....

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 :