



# DOSSIER D'INSCRIPTION 2014/2015

Accueils de loisirs de

- Excideuil       St Privat       Salagnac

*A remplir et à retourner impérativement au plus tard le premier jour de présence de l'enfant*

## L'ENFANT

NOM : .....  
Prénom : .....  
Date de naissance : .....Lieu de naissance : .....  
Adresse de l'enfant : .....  
Adresse de facturation : .....  
Ecole fréquentée : ..... Classe : .....  
Sieste :       Oui       Non       Au choix de l'enfant

## LES RESPONSABLES DE L'ENFANT

### PERE ou tuteur légal

Nom : .....  
Prénom : .....  
Adresse complète : .....  
.....  
Code postal : .....  
Ville : .....  
Mail : .....  
Tél. domicile : .....  
Tél. portable : .....  
Tél. du lieu de travail : .....  
Profession : .....  
Nom employeur : .....  
Autres personnes à contacter : (Nom et téléphone)  
.....  
.....

### MERE ou tuteur légal

Nom : .....  
Prénom : .....  
Adresse complète : .....  
.....  
Code postal : .....  
Ville : .....  
Mail : .....  
Tél. domicile : .....  
Tél. portable : .....  
Tél. du lieu de travail : .....  
Profession : .....  
Nom employeur : .....  
Autres personnes à contacter : (Nom et téléphone)  
.....  
.....

Autorisation Parentale :

Je soussigné(e) .....agissant pour l'ensemble des titulaires de l'autorité parentale.

- Autorise mon enfant à quitter seul la structure aux horaires autorisés (*uniquement pour les plus de 6 ans*).  
Heure de départ : .....
- Autorise les personnes suivantes à venir chercher mon enfant :

Nom, prénom..... Téléphone : .....  
 Nom, prénom..... Téléphone : .....  
 Nom, prénom..... Téléphone : .....  
 Nom, prénom..... Téléphone : .....

Les deux parents sont-ils titulaires pleinement et conjointement de l'autorité parentale ?

- Oui (*en cas de décision de justice limitant l'autorité parentale, joindre la copie de l'acte correspondant*).
- Non (*joindre obligatoirement la copie du justificatif correspondant : décision de justice, livret de famille, etc.*)

Nom et adresse de toute autre personne titulaire de l'autorité parentale :

.....  
.....

**Les Frères et sœurs :**

Nom / Prénom : ..... Né (e) le : .... / ..... / ...  
 Nom / Prénom : ..... Né (e) le : .... / ..... / ...  
 Nom / Prénom : ..... Né (e) le : .... / ..... / ...

**LES RENSEIGNEMENTS ADMINISTRATIFS**

Sécurité sociale

- Régime Général si oui N° allocataire CAF .....
- Régime Agricole, si oui N° allocataire MSA .....
- Autres Régimes, précisez .....

De quelle(s) aide(s) bénéficiez-vous ?

- Passeport CAF (joindre le passeport CAF)
- Aide MSA (Joindre l'attestation MSA)
- Autres aides (comité d'entreprise,...) joindre la prise en charge
- RSA Socle (joindre une attestation d'appartenance)

Assurance :

Responsabilité civile et les activités extrascolaires

Nom et adresse de l'assurance.....

N° du contrat .....



## FICHE SANITAIRE DE LIAISON

**ENFANT :**

NOM :

PRÉNOM :

DATE DE NAISSANCE :

GARÇON  FILLE

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

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

Si l'enfant n'a pas les vaccins obligatoires joindre un certificat médical de contre-indication.

### RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX CONCERNANT L'ENFANT

L'enfant suit-il un **traitement médical** pendant le séjour ?  Oui  Non

**Si oui** joindre une **ordonnance** en cours de validité 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 pris sans ordonnance*).

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

<p>RUBÉOLE</p> <p>OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/></p>	<p>VARICELLE</p> <p>OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/></p>	<p>ANGINE</p> <p>OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/></p>	<p>RHUMATISME ARTICULAIRE AIGÛ</p> <p>OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/></p>	<p>SCARLATINE</p> <p>OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/></p>
<p>COQUELUCHE</p> <p>OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/></p>	<p>OTITE</p> <p>OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/></p>	<p>ROUGEOLE</p> <p>OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/></p>	<p>OREILLONS</p> <p>OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/></p>	

**ALLERGIES :**

ASTHME oui  non  MÉDICAMENTEUSES oui  non

ALIMENTAIRES oui  non

AUTRES.....

Préciser la cause de l'allergie et la conduite à tenir (si automédication le signaler)

**INDIQUEZ CI-APRÈS :**

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

.....

.....

.....

**- RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS**

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

PRÉCISEZ.....

.....

**Médecin traitant**

Nom et ville du médecin traitant : .....

N° de Téléphone .....

## AUTORISATION PARENTALE

(Si besoin rayer les mentions inutiles)

Je soussigné(e) .....agissant pour l'ensemble des titulaires de l'autorité parentale,

- Autorise mon enfant à participer aux sorties organisées par les Accueils de Loisirs Sans Hébergement (ALSH) de la Communauté de Communes de Causses et Rivières en Périgord (CCCRP).
- Autorise mon enfant à participer à toute activité nautique organisée sous la responsabilité des accueils de loisirs de la CCCRP et des encadrants diplômés nécessaires à l'activité.
- Autorise la Communauté de Communes Causses et Rivières en Périgord à photographier et filmer mon enfant dans le cadre des activités organisées par la CCCRP.
- Autorise, pour une durée de 10 ans, la Communauté de Communes Causses et Rivières en Périgord, ses partenaires et les médias à exploiter et diffuser à titre gratuit et libre de droits ces documents audiovisuels, dans le respect de la dignité des personnes.
- Autorise la Communauté de communes Causses et Rivières en Périgord et ses partenaires à m'envoyer des informations sur mon adresse mail.

## VALIDATION DU REGLEMENT INTERIEUR

Je déclare accepter le règlement intérieur des Accueils de Loisirs (ALSH) ci-joint.

Je soussigné(e) .....responsable légal de l'enfant .....déclare exacts les renseignements portés sur ce dossier et autorise le responsable de la structure à prendre, le cas échéant, toutes les mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de santé de l'enfant.

Date .....Signature :

### DOCUMENTS A FOURNIR OBLIGATOIREMENT

- Photocopie de l'attestation d'assurance extra-scolaire ou assurance responsabilité civile,
- Photocopie de l'attestation d'assuré social,
- Photocopie du dernier avis d'imposition,
- Justificatifs d'aides (Passeport CAF, Aide MSA, Comité d'entreprise, RSA socle, etc.),
- Photocopie des vaccinations,
- Fiche sanitaire avec protocole médical en cas d'allergie,
- Certificat médical de non contre- indication à la pratique d'activités sportives.

*Les informations recueillies font l'objet d'un traitement informatique destiné à communiquer aux habitants du territoire l'information la plus complète possible sur les activités des accueils de loisirs.*

*Les destinataires des données sont : Service Enfance – Jeunesse CCCRP.*

*Conformément à la loi « informatique et libertés » du 6 janvier 1978 modifiée en 2004, vous bénéficiez d'un droit d'accès et de rectification aux informations qui vous concernent, que vous pouvez exercer en vous adressant à : Service Enfance – Jeunesse - 1 av. André Audy – 24160 Excideuil / [enfance@cccrp.fr](mailto:enfance@cccrp.fr). Vous pouvez également, pour des motifs légitimes, vous opposer au traitement des données vous concernant.*