

POUR ETRE COMPLET
Votre dossier annuel doit comporter
les pièces suivantes :

1. Documents – Enfant	Nom et Prénom :
<input type="checkbox"/> Dossier d'inscription 2020 avec photo d'identité (ou imprimée).	
<input type="checkbox"/> Fiche Sanitaire de Liaison 2020 .	
<input type="checkbox"/> Attestation papier en cours de la Sécurité Sociale sur laquelle l'enfant (les enfants) est (sont) rattaché(s).	
<input type="checkbox"/> Photocopie du Carnet de santé de votre enfant (vaccins à jour).	
<input type="checkbox"/> Attestation d'assurance en responsabilité civile couvrant l'activité Extrascolaire 2019-2020 .	
<input type="checkbox"/> Certificat de scolarité de l'année en cours pour la première année de maternelle.	
<input type="checkbox"/> Certificat de scolarité de l'année <u>en cours</u> , des enfants scolarisés sur une des 28 communes mais habitant à l'extérieur (exclusivement pour les ALSH)	

(doc. par famille)

2. Documents-Famille
<input type="checkbox"/> Photocopie de votre mutuelle 2020 .
<input type="checkbox"/> Photocopie de la Taxe d'Habitation 2019 des responsables légaux Ou Photocopie de la <u>taxe d'Habitation 2019</u> d'un grand-parent habitant sur les 28 communes (exclusivement pour les ALSH)
<input type="checkbox"/> En cas de divorce, copie du dernier jugement, précisant les modalités concernant le ou les enfant(s).
<input type="checkbox"/> Bon Loisirs (CAF 80) ou Bon Temps Libre (CAF 76) pour déduction de votre facture.

3. Documents- Participation financière du CIAS :
<input type="checkbox"/> Photocopie des avis d'imposition 2019 du foyer sur les revenus 2018
<input type="checkbox"/> RIB.

Doc. fournis dans le dossier de :

ATTENTION,
Aucun paiement ne peut s'effectuer sans ce document préalable d'inscription.
Une journée ALSH coûte 36 € à la CCVS.
Grace à votre Taxe d'habitation 2019, cette journée vous sera facturé 5 € maximum.

Date :

Nom :
Signature du représentant légal





SERVICE ENFANCE JEUNESSE

PHOTO

DOSSIER D'INSCRIPTION ACM 2020

LE PARTICIPANT

NOM : **PRENOM :**
NE(E) LE : **SEXE :** F M **Tel. d'urgence :**
SCOLARISE A :

SON FOYER ET SES RESPONSABLES LEGAUX

SITUATION FAMILIALE du RESPONSABLE LEGAL DECLARANT :

Célibat Veuvage Mariage Pacs Union libre Divorce/séparation du responsable légal 2

RESPONSABLE LEGAL 1 Père Mère Famille d'accueil Foyer

NOM : **PRENOM :**
ADRESSE VILLE.....
Tél. : / Port. : **L'un, au moins, obligatoire et valide**
EMAIL (en MAJUSCULE) : @
PROFESSION :
NOM DE L'EMPLOYEUR Tél :
ADRESSE :

RESPONSABLE LEGAL 2 Père Mère **OU** Conjoint

NOM : **PRENOM :**
Tél. : / Port. : **L'un, au moins, obligatoire et valide**
EMAIL (en MAJUSCULE) : @
PROFESSION :
NOM DE L'EMPLOYEUR Tél :
ADRESSE :

SITUATION FAMILIALE : Divorce/séparation du responsable légal 1

En cas de Séparation des parents : **RESPONSABLE LEGAL 2 :** Père Mère

NOM DU RESPONSABLE LEGAL 2 : **PRENOM :**
VILLE.....

Nom de la MUTUELLE :

Nom de l'ASSURANCE FAMILIALE couvrant le participant en EXTRASCOLAIRE :

ALLOCATAIRE : CAF MSA AUTRE N° :

VOS REMARQUES

AUTORISATION PARENTALE

Nous, soussignés

père, mère, famille d'accueil (1) responsable du jeune

- Rayer la (ou les) mention(s) inutile(s)

- ✓ Nous engageons à payer la part des frais incombant à la famille, les frais médicaux, d'hospitalisation et d'opérations éventuels.
- ✓ Nous engageons à prendre à notre charge les suppléments dus à un retour individuel, ainsi que les frais d'accompagnement d'un animateur en cas de renvoi pour raison d'inadaptation.
- ✓ Autorisons notre enfant à participer à l'ensemble des activités prévues.
- ✓ Autorisons notre enfant à être transporté en véhicule de service, de location ou navette locale.
- ✓ Acceptons les conditions d'inscription et de fonctionnement.
- ✓ Acceptons que **La Communauté de Communes des Villes Sœurs** collecte et traite nos données personnelles au sein du logiciel Domino 'Web et autres logiciels ou bases de données utilisées par le Service Enfance Jeunesse. Ces logiciels et bases de données permettent la gestion des structures scolaires, d'accueils de loisirs, d'accueils de jeunes, de temps libre et de tout autre Accueil Collectif de Mineurs. *Vous pouvez exercer l'ensemble de vos droits relatifs à l'utilisation des données personnelles en adressant vos demandes à l'adresse suivante : Communauté de Communes des Villes Sœurs-12 avenue Jacques Anquetil-76260 EU ou dpo@villes-soeurs.fr.*
- Autorisons à être photographié et filmé individuellement ou en groupe dans le cadre des activités de l'ALSH et autorisons l'organisateur à faire usage de ces productions multimédias (photographies, vidéos...) de la C CVS. Pour tout complément d'informations, se reporter aux mentions légales du site internet : <https://www.villes-soeurs.fr/donnees-personnelles/>

Fait à.....

le.....

Signature obligatoire :

FICHE SANITAIRE DE LIAISON

NOM :

PRÉNOM :

1 – VACCINATIONS

SI L'ENFANT N'A PAS LES VACCINS OBLIGATOIRES JOINDRE UN CERTIFICAT MÉDICAL DE CONTRE-INDICATION
(attention : le vaccin antitétanique ne présente aucune contre-indication)

2 – RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX CONCERNANT L'ENFANT

L'enfant suit-il un traitement médical pendant sa présence au 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 par l'enfant sans ordonnance.

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

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

ALLERGIES : ASTHMATIQUES oui non MÉDICAMENTEUSES oui non
ALIMENTAIRES oui non AUTRES

PRÉCISEZ LA CAUSE DE L'ALLERGIE ET LA CONDUITE A TENIR

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

DIFFICULTÉS DE SANTÉ (MALADIE, ACCIDENT, CRISES CONVULSIVES, HOSPITALISATION, OPÉRATION, RÉÉDUCATION) PRÉCISEZ LES **PRÉCAUTIONS À PRENDRE** :

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

3 – INFORMATIONS COMPLEMENTAIRES (à renseigner obligatoirement.)

VOTRE ENFANT PORTE-T-IL DES LENTILLES : oui non

DES LUNETTES : au besoin prévoir un étui au nom de l'enfant oui non

DES PROTHÈSES AUDITIVES : au besoin prévoir un étui au nom de l'enfant oui non

DES PROTHÈSES ou APPAREIL DENTAIRE : au besoin prévoir un étui au nom de l'enfant oui non

AUTRES RECOMMANDATIONS / PRÉCISEZ (ex : qualité de peau, crème solaire)

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

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

4 -RESPONSABLE DE L'ENFANT

Je soussigné€, responsable légal de l'enfant, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise l'équipe d'animation à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale, anesthésie générale...) rendues nécessaires par l'état de l'enfant, ceci suivant les prescriptions d'un médecin et/ou un service d'urgence seuls habilités à définir l'hôpital de secteur.

Date :

Signature :