

## DOSSIER D'INSCRIPTION

### ACCUEIL DE LOISIRS SANS HÉBERGEMENT ANNÉE SCOLAIRE 2022-2023

NOM ET PRÉNOM DE L'ENFANT : .....

ÉCOLE FRÉQUENTÉE : ..... NIVEAU SCOLAIRE : .....

\*\*\*\*\*

Pour toutes ces activités l'inscription est obligatoire. Le dossier est téléchargeable sur le site de la ville [www.ville-cepoy.fr](http://www.ville-cepoy.fr), [corquilleroy.fr](http://corquilleroy.fr), [www.commune-paucourt.fr](http://www.commune-paucourt.fr), ou disponible à l'accueil de la mairie de Cepoy, de Corquilleroy et de Paucourt. Le dossier est à retourner par mail à [mairie@ville-cepoy.fr](mailto:mairie@ville-cepoy.fr) (format PDF) ou à déposer à la mairie de Cepoy.

#### DOSSIER À COMPLÉTER POUR LES DIFFÉRENTES INSCRIPTIONS SOUHAITÉES PIÈCES À JOINDRE :

- Justificatif de domicile de moins de 3 mois
- Assurance extra-scolaire 2022/2023 (Responsabilité civile+ individuelle corporelle)
- Fiche sanitaire (ci-jointe)
- Attestation caf du Loiret en cours
- Fiche d'inscription par période (selon le calendrier ci-joint)

Tout dossier incomplet ne pourra être pris en compte

\*\*\*\*\*

Je **certifie** l'exactitude des renseignements portés sur le dossier d'inscription. Je **m'engage** à communiquer tout changement relatif à ces renseignements.

Nom : ..... Prénom : .....

Le :  
--

NOM ET PRENOM DE L'ENFANT : .....

Lieu de naissance : ..... Département : ..... Pays : .....

Date de naissance : .....

Sexe :  Féminin  Masculin

<b>RESPONSABLES LÉGAUX</b>	
RESPONSABLE 1	RESPONSABLE 2
Nom: .....	Nom: .....
Prénom : .....	Prénom : .....
Adresse : .....	Adresse : .....
L'enfant vit-il à cette adresse ? : OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	L'enfant vit-il à cette adresse ? OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>
<b>Situation familiale:</b>	
<input type="checkbox"/> Mariée <input type="checkbox"/> Célibataire <input type="checkbox"/> Vie maritale	<input type="checkbox"/> Mariée <input type="checkbox"/> Célibataire <input type="checkbox"/> Vie maritale
<input type="checkbox"/> Séparée <input type="checkbox"/> Divorcée <input type="checkbox"/> Veuve	<input type="checkbox"/> Séparée <input type="checkbox"/> Divorcée <input type="checkbox"/> Veuve
<u>Garde Alternée</u> : <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	<u>Garde Alternée</u> : <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
<b>Coordonnées :</b>	
Numéro de Portable : .....	Numéro de Portable : .....
Numéro de Fixe : .....	Numéro de Fixe : .....
Courriel : .....	Courriel : .....
N° allocataire CAF : .....	N° allocataire CAF : .....
<b>Situation professionnelle :</b>	
PROFESSION: .....	PROFESSION: .....
Employeur : .....	Employeur : .....
Téléphone employeur : .....	Téléphone employeur : .....
Adresse de l'employeur : .....	Adresse de l'employeur : .....

**ALIMENTATION/SANTÉ DE L'ENFANT :**

**Régime alimentaire :**  Sans porc      **Allergie Alimentaire :**  OUI  NON Si oui laquelle : .....

**FORMULE PAi** (Protocole Accueil Individualisé)

**Santé :** L'enfant est-il suivi pour un problème de santé ?  OUI  NON Si oui lequel : .....

**INSCRIPTION ACCUEIL DE LOISIRS SANS HÉBERGEMENT :** \* Activités soumises à un calendrier d'inscription

ALSH MERCREDIS ANNÉE SCOLAIRE 2022 - 2023 *	
FORMULE ANNUELLE	FORMULE OCCASIONNELLE Prévenir 10 jours avant l'accueil Réservation en fonction des places disponibles
MERCREDIS	MERCREDIS
Fiches d'inscriptions à retourner à chaque période (cf. calendrier des inscriptions joint)	
Année scolaire : 01/09/2022 au 07/07/2023	Année scolaire : 01/09/2022 au 07/07/2023

ALSH VACANCES SCOLAIRES ANNÉE SCOLAIRE 2022- 2023 *	
<input type="checkbox"/> VACANCES DE TOUSSAINT 2022 du 24 au 28 octobre 2022	<input type="checkbox"/> VACANCES HIVER 2023 du 13 au 17 février 2023
<input type="checkbox"/> VACANCES DE PRINTEMPS 2023 du 17 au 21 avril 2023	<input type="checkbox"/> VACANCES DE JUILLET 2023 du 10 au 28 juillet 2023
Fiches d'inscriptions à retourner à chaque période (cf. calendrier des inscriptions joint)	

**AUTORISATIONS PARENTALE :**

**L'enfant est autorisé :**

- À participer aux sorties ALSH pour l'année scolaire 2022/2023 : OUI  NON
- À rentrer seul : OUI  NON

PERSONNES AUTORISÉES À RÉCUPÉRER L'ENFANT une pièce d'identité sera demandée		
NOM ET PRÉNOM	TÉLÉPHONE	LIEN DE PARENTÉ

Je soussigné(e) : Nom : ..... Prénom : .....

**Déclare sur l'honneur avoir le plein exercice d'autorité parentale sur l'enfant mineur :**

Nom : ..... Prénom : .....

J'autorise les responsables de l'accueil de loisirs à engager toutes les mesures de soins et d'hospitalisation jugées nécessaires par le corps médical concernant l'état de santé de mon enfant.

Date:      —————

Signature:

L'ENFANT

# FICHE SANITAIRE DE LIAISON

NOM:  
PRÉNOM:  
DATE DE NAISSANCE:  
GARÇON       FILLE

**1 - VACCINATIONS** se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccinations de l'enfant. Pas de photocopie

VACCINS OBLIGATOIRES	Oui	Non	DATES DES DERNIERS RAPPELS	VACCINS RECOMMANDÉS	DATES
Diptérie				Hépatite B	
Tétanos				Rubéole-Oreillons-Rougeole	
Poliom vélite				Coqueluche	
ou DT polio				Autres (Préciser)	
ou Tétracoq					
<b>BCG</b>					

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

**2 - RENSEIGNEMENTS MEDICAUX CONCERNANT L'ENFANT**

L'enfant suit-il un traitement médical pendant sa présence au centre de loisirs ? Oui  Non

Si oui 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) Aucun médicament ne pourra être pris sans ordonnance.**

À 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 :** ASTHME

Oui  Non

MEDICAMENTEUSES Oui  Non

ALIMENTAIRES

Oui  Non

AUTRES .....

**PRECISEZ LA CAUSE DE L'ALLERGIE ET LA CONDUITE À TENIR**

**P.A.I** (projet d'accueil individualisé) en cours oui  non  (joindre le protocole et toutes informations utiles)

.....

**INDIQUEZ CI-APRÈS :**

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

**3- INFORMATIONS COMPLEMENTAIRES (à renseigner obligatoirement.)**

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

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

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

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

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

**4- AUTORISATIONS**

J'autorise mon enfant à participer aux activités physiques et sportives : oui  non

J'autorise mon enfant à participer aux baignades surveillées : oui  non

Autorisation de transport en véhicule de service et car de location : oui  non

**5-RESPONSABLE DE L'ENFANT**

NOM ..... PRÉNOM .....

ADRESSE.....

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

NOM ET T É L . DU MÉ D E C I N T R A I T A N T (facultatif).....

*Je soussignée, .....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) 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:

## ***DROIT À L'IMAGE***

### ***Année scolaire 2022 / 2023***

Je soussigné(e).....né(e) le.....  
à.....demeurant.....  
responsable légal de l'enfant..... né le.....  
à.....,

Inscrit aux activités péri et extrascolaires de l'ALSH Pluricommunal de Cepoy, Corquilleroy, Paucourt, autorise le personnel et le photographe de la structure,

- À prendre mon enfant en photo et à le filmer dans le cadre du fonctionnement de la structure au cours de l'année scolaire 2022-2023
- À utiliser les films et photos de mon enfant prises au sein ou en dehors de la structure (Panneau photo, diaporamas, film pédagogique ....) au cours de l'année scolaire 2022-2023

Les photos qui pourront vous être remises, ont été faites dans le seul but de garder un souvenir. L'utilisation de ces photos, dans un tout autre but, pourrait faire l'objet de poursuites.

Les photographies pourront être exploitées et utilisées pour des actions d'information et de communication sur des supports papiers ou digitaux communaux. L'ALSH Pluri communal de Cepoy, Corquilleroy, Paucourt s'interdit expressément de procéder à une exploitation des images et enregistrements susceptibles de porter atteinte à la vie privée ou à la réputation, à la dignité ou à l'intégrité de votre enfant.

Cocher les cases pour accord. L'accord est consenti à titre gratuit.

Attention, en signant ces autorisations vous vous engagez à ne pas diffuser les photos d'autres enfants que le vôtre.

Fait à \_\_\_\_\_, le \_\_\_\_\_  
Signature du ou des responsable(s) légal(aux)