



# Dossier d'inscription 2024/2025

Communauté d'Agglomération Coulommiers Pays de Brie

Accueil de Loisirs : Mercredis / Vacances

## IDENTITÉ DE L'ENFANT

Nom :

.....

Prénom : ..... Sexe : F  - M

Date de naissance : ..... Lieu de naissance : ..... Age : .....

Adresse :

.....

.....

École fréquentée : ..... Classe de .....

## INFORMATIONS FAMILIALES ET ADMINISTRATIVES

(Les factures seront établies au nom et adresse du responsable légal)

Situations des parents : Célibataire - Vie maritale - Pacsés - Mariés - Séparés - Divorcés –  
Veuf/Veuve

(Rayer les mentions inutiles)

IDENTITÉ DU PARENT 1 ou de la tutrice légale

Nom et prénom :

.....

Profession :

.....

Employeur :

.....

Adresse du domicile, (si différente de l'enfant) :

.....

.....

Téléphone:..... Portable :.....

Tél. Professionnel :

.....

Email :

.....

IDENTITÉ DU PARENT 2 ou du tuteur légal

Nom et prénom :

.....

Profession :

.....

Employeur :

.....

Adresse du domicile, (si différente de l'enfant) :

.....

.....

Téléphone:..... Portable :.....

Tél. Professionnel :

.....

Email :

.....

Personnes à contacter et/ou autorisées à venir chercher l'enfant en cas d'urgence ou d'indisponibilité des représentants légaux (Présentation obligatoire d'une pièce d'identité)

Nom : ..... Prénom : ..... Qualité : .....  
Téléphone : ..... Tél. Pro : ..... Tél. Portable : .....

Nom : ..... Prénom : ..... Qualité : .....  
Téléphone : ..... Tél. Pro : ..... Tél. Portable : .....

Nom : ..... Prénom : ..... Qualité : .....  
Téléphone : ..... Tél. Pro : ..... Tél. Portable : .....  
.....

#### Assurance Responsabilité Civile

Nom : .....

Adresse : .....

N° de contrat : .....

Régime de sécurité sociale :

Régime général

Régimes spécifiques

(RSI, SNCF, EDF, GDF, RATP...)

Mutuelle :

Nom : .....

Adresse : .....

N° de contrat : .....

#### INFORMATIONS ALIMENTAIRES :

RÉGIME	OUI	NON	Lesquelles
Sans Viande			
Sans Porc			
Allergies Alimentaires			

#### INFORMATIONS MÉDICALES :

P. A. I : (Protocole d'Accueil Individualisé : Se rapprocher du médecin scolaire)  OUI  NON

Maladie	OUI	NON	Lesquelles
Allergies médicamenteuses			
Allergies respiratoires			
Autres allergies			
Asthme			
Varicelle			
Rougeole			

Nom du médecin traitant : .....Téléphone : .....

Adresse : .....

Si votre enfant suit un traitement médical ponctuel, joindre une ordonnance récente et les médicaments correspondants. (Boîtes de médicaments dans leur emballage d'origine marquées au nom de l'enfant avec la posologie). Et/ou si votre enfant est soumis à un PAI (protocole d'accueil individualisé) pour un traitement en cas d'allergie, asthme ou toute maladie chronique nous fournir le double du PAI validé par l'école et les médicaments nécessaires (boîtes de médicaments dans leur emballage d'origine marquées au nom de l'enfant avec la posologie)

**Aucun médicament ne pourra être pris sans ordonnance.**

Observations complémentaires (Retrait de lunettes en cas de sport, appareil dentaire, etc.) :

.....  
.....

#### **Documents à fournir lors de l'inscription :**

- La copie des vaccins du carnet de santé à jour
- L'assurance en responsabilité civile au nom de l'enfant
- Copie du dernier Avis d'imposition

## AUTORISATION

Je, soussigné(e) ....., déclare sur l'honneur, avoir le plein exercice de l'autorité parentale et atteste l'exactitude des renseignements suivants :

- Autoriser la direction à prendre toutes les dispositions utiles, en cas d'urgence, en vue de la mise en œuvre des traitements médicaux et chirurgicaux qui pourraient s'imposer,
- Autoriser l'utilisation des photos ou vidéos prises lors des temps d'animations en périscolaires, accueil de loisirs et de la pause méridienne organisés par Charlotte Loisirs et/ou la commune sur lesquelles pourrait figurer mon enfant, celle-ci peuvent être diffusées sur le site Charlotte loisirs/le site de la communauté d'agglomération et le facebook de celle-ci également. **Si cas contraire, signaler par écrit votre refus au directeur de l'accueil de loisirs,**
- Autoriser mon enfant à participer aux diverses activités et sorties organisées par l'Accueil de Loisirs,
- M'engager à ce que mon enfant respecte les règles de vie,
- M'engager à prévenir la direction de l'accueil en cas d'absence inhabituelle de mon enfant (maladie),
- M'engager à régler l'intégralité des frais mensuels à Charlotte Loisirs.
- Reconnaître avoir pris connaissance du règlement intérieur de la structure,
- M'engager à venir accompagner mon enfant jusque dans l'enceinte de l'Accueil de Loisirs le matin et le soir, et à signer la feuille d'émargement,
- Autoriser seulement les personnes habilitées à récupérer mon enfant, munies de leur pièce d'identité,
- M'engager à faire calculer mon quotient familial auprès de l'équipe Charlotte Loisirs,  
Déclare avoir pris connaissance du règlement intérieur des Accueils de Loisirs et Périscolaires et reconnais accepter l'ensemble des dispositions (Règlement intérieur à récupérer auprès de la direction de votre accueil de loisirs).

Fait à : ..... Le : .....

Signature du Parent 1 (ou tuteur légal) :  
légale) :

(Du responsable légal précédée de la mention « lu et approuvé »)  
et approuvé »)

Signature du parent 2 (ou tutrice

(Du responsable légal précédée de la mention « lu

## Cadre réservé à la direction de l'accueil de loisirs

### PIECES JUSTIFICATIVES A VERIFIER :

- La copie des vaccins du carnet de santé à jour
- L'assurance en responsabilité civile au nom de l'enfant
- Copie du dernier Avis d'imposition

Date de réception du dossier par l'accueil :

Signature du directeur :

Objet et Date de Modification/Observation pendant l'année :