



Dossier d'inscription 2024/2025 GATINE RACAN

- Accueil de Loisirs de Neuvy le Roi
- Accueil de Loisirs de Saint Paterne – Racan
- Accueil de Loisirs de Semblançay
- Accueil de Loisirs de Beaumont Louestault

IDENTITÉ DE L'ENFANT

Nom :

Prénom : Sexe : F - M

Date de naissance : Lieu de naissance : Age :

Adresse :

.....

École fréquentée : Classe :

est-il(elle) bénéficiaire de l'AEEH Oui (Merci de transmettre notification MDPH) – Non

INFORMATIONS FAMILIALES ET ADMINISTRATIVES

Situations des parents : Célibataire - Vie maritale- Pacsés - Mariés - Séparés - Divorcés – Veuf/Veuve (Rayer les mentions inutiles)	
IDENTITÉ DE LA MÈRE ou de la tutrice légale Nom et prénom : Adresse du domicile, (si différente de l'enfant) : Téléphone : Portable : Tél. Professionnel : Email : N° allocataire CAF : <input type="checkbox"/> Référent facturation*	IDENTITÉ DU PÈRE ou du tuteur légal Nom et prénom : Adresse du domicile, (si différente de l'enfant) : Téléphone : Portable : Tél. Professionnel : Email : N° allocataire CAF : <input type="checkbox"/> Référent facturation*

*Les factures seront établies au nom et adresse de l'un des deux responsable légal, qui sera à définir en cochant la case « référent facturation »

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 :

Assurance Responsabilité Civile

Nom :

Adresse :

N° de contrat :

Régime de sécurité sociale : Régime général
Régimes spécifiques

Mutuelle :

Nom :

Adresse :

N° de contrat :

INFORMATIONS ALIMENTAIRES :

RÉGIME	OUI	NON	Lesquelles
Sans Porc			
Allergies Alimentaires			

INFORMATIONS MÉDICALES

P. A. I. (Protocole d'Accueil Individualisé : Se rapprocher du médecin scolaire) OUI NON (si oui nous fournir une copie)

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 notice). 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
 - Attestation de Quotient Familial ou Copie du dernier Avis d'imposition (vous et conjoint)
-

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 organisées par Charlotte Loisirs et/ou la collectivité sur lesquelles pourrait figurer mon enfant. Si cas contraire, signaler par écrit votre refus à la direction 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. Dans les délais indiqués sur la facture **sous peine de la non acceptation des inscriptions des mois suivants.**
- 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 de direction de l'Accueil de 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).
- M'engager à inscrire et/ou à désinscrire mon enfant dans un délai de 72h, sans quoi la présence sera facturée.

Fait à : Le :

Signature du père (ou tuteur légal) :

Signature de la mère (ou tutrice légale) :

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

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

Conformément à la loi "Informatique et Libertés" N° 78-17 du 6 Janvier 1978, vous bénéficiez d'un droit d'accès, de rectification et d'opposition, que vous pouvez exercer en vous adressant à Charlotte Loisirs

Cadre réservé à la direction de l'accueil de loisirs

Date de réception du dossier :

Signature du directeur :

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

COURRIEL POUR RETOURNER VOTRE/VOS DOSSIER(S)

Pour l'ALSH à Saint Paterne - Racan : al.saintpaterne@charlotte3c.fr

Pour l'ALSH à Neuvy le Roi : al.neuyleroi@charlotte3c.fr

Pour l'ALSH à Semblançay : al.semblancay@charlotte3c.fr

Pour l'ALSH à Beaumont Louestault : al.beaumontlouestault@charlotte3c.fr