



Dossier d'inscription 2024/2025 Crouy sur Ourcq

- Accueil de Loisirs : Mercredis / Vacances
- Péri Accueil de Loisirs
- Périscolaire

IDENTITÉ DE L'ENFANT

Nom :

Prénom : Sexe : F – M

Date de naissance : Lieu de naissance : Age :

Adresse :
.....
.....

École fréquentée : Classe

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 DE LA MÈRE ou de la tutrice légale	IDENTITÉ DU PÈRE ou du tuteur légal
Nom et prénom :	Nom et prénom :
Profession :	Profession :
Employeur :	Employeur :
Adresse du domicile, (si différente de l'enfant) :	Adresse du domicile, (si différente de l'enfant) :
Téléphone : Portable :	Téléphone : Portable :
Tél. Professionnel :	Tél. Professionnel :
Email :	Email :
<input type="checkbox"/> Référent facturation*	<input type="checkbox"/> Référent facturation*
Acceptez-vous de recevoir votre facture par courriel ? <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	Acceptez-vous de recevoir votre facture par courriel ? <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non

*Les factures seront établies au nom et adresse de l'un des deux responsables légaux, 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

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

Numéro d'allocataire CAF:.....

Mutuelle :

Nom :

Adresse :

INFORMATIONS ALIMENTAIRES :

RÉGIME	OUI	NON	Lesquelles
Sans Porc			
Végétarien			
Allergies Alimentaires			

INFORMATIONS MÉDICALES

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

Si P.A.I oui est-il lié au handicap: OUI NON

Enfant bénéficiaire de AEEH (allocation d'éducation de l'enfant handicapé) 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 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
- Copie du dernier Avis d'imposition
- Copie du livret de Famille

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 commune sur lesquelles pourrait figurer mon enfant. 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 extérieures organisées par l'Accueil de Loisirs,
- M'engager à ce que mon enfant respecte les règles de vie et avoir pris connaissance que la présence de mon enfant durant les vacances scolaires est obligatoire de 9h à 17h incluant le temps du repas et du gouter sur le lieu d'accueil (sauf exception médicale justifiée au préalable),
- M'engager à prévenir la direction de l'accueil en cas d'absence inhabituelle de mon enfant dans un délai de 48h maximum pour cause de maladie,
- M'engager à régler l'intégralité des frais mensuels à Charlotte Loisirs – 2 avenue Louis Delahaye - 77440 Ocquerre. Dans les délais impartis sous peine de la non acceptation des inscriptions des mois suivants et ceux même si celle-ci ont été validés sur le portail familles. (Les inscriptions se verront donc annulées par notre service)
- 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 et âgées au minimum de 17 ans,
- M'engager à faire calculer mon tarif auprès de l'équipe de direction de l'Accueil de Loisirs,
- Déclare avoir pris connaissance du règlement intérieur des Accueils 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 48h pour le périscolaire et dans un délai d'une semaine pour les vacances scolaires uniquement par écrit (mail ou papier daté), dans le cas contraire, il y aura facturation de la journée.

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 »)

Cadre réservé à la direction de l'accueil de loisirs

Date de réception du dossier par le service administratif (pour une 1^{ère} inscription) :

Date de réception du dossier par l'accueil :

Signature du directeur :

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