

## Dossier d'inscriptions année 2020-2021

**Inscriptions :**  périscolaire  restauration  extrascolaire (mercredi + vacances)

Accueil périscolaire de :  Gemeaux  Is-sur-Tille  Lux  Marcilly-sur-Tille  Marsannay-le-Bois  Saulx-le-Duc  Til-Chatel  Villey-sur-Tille

Accueil extrascolaire de :  Is-sur-Tille  Marsannay-le-Bois

**Enfant / Jeune :**

Nom, prénom : \_\_\_\_\_

Date de naissance : \_\_\_\_\_ Sexe : \_\_\_\_\_

**Situation Familiale des parents :**

Marié (e)  Vie Maritale  parent isolé  Séparé / divorcé/veuf (ve)

Modalité d'exercice de l'autorité parentale :  conjointe  Père  Mère  Autres

**Représentant légal :**  Mère  Père  Détenteur de l'Autorité Parentale

Nom, Prénom : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_

Code Postal : \_\_\_\_\_ Commune : \_\_\_\_\_

Mail : \_\_\_\_\_ ☎ : Domicile : \_\_\_\_\_ Portable : \_\_\_\_\_

Employeur : \_\_\_\_\_ Téléphone : \_\_\_\_\_

**Représentant légal :**  Mère  Père  Détenteur de l'Autorité Parentale

Nom, Prénom : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_

Code Postal : \_\_\_\_\_ Commune : \_\_\_\_\_

Mail : \_\_\_\_\_ ☎ : Domicile : \_\_\_\_\_ Portable : \_\_\_\_\_

Employeur : \_\_\_\_\_ Téléphone : \_\_\_\_\_

**Autre Responsable de l'Enfant (ASF, famille d'accueil, conseil départemental) :**

Organisme : \_\_\_\_\_

Nom, Prénom (réfèrent) : \_\_\_\_\_

Téléphone : \_\_\_\_\_ Téléphone portable : \_\_\_\_\_

Adresse Mail : \_\_\_\_\_

**Autres Personnes susceptibles d'être prévenues en cas d'urgence :**

Nom, prénom : \_\_\_\_\_ Téléphone : \_\_\_\_\_ Téléphone portable : \_\_\_\_\_

Nom, prénom : \_\_\_\_\_ Téléphone : \_\_\_\_\_ Téléphone portable : \_\_\_\_\_

Nom, prénom : \_\_\_\_\_ Téléphone : \_\_\_\_\_ Téléphone portable : \_\_\_\_\_

**Restauration :**

Régime alimentaire spécifique :  non  oui (préciser): \_\_\_\_\_

Allergie alimentaire :  non  oui (préciser et fournir certificat médical) :

**Documents à fournir en complément du dossier:**

Copie du dernier avis d'imposition  Copie du carnet de vaccination

Attestation d'assurance  Aides aux Temps Libres de la CAF si vous en bénéficiez

Justificatif habilitant le tiers responsable à inscrire l'enfant (ASF, famille d'accueil, conseil départemental)

**En cas de séparation :**

Photocopie du jugement ou du référé concernant la garde de l'enfant (circulaire n°94-149 du 13 avril 1994)

Dossier reçu le : \_\_\_\_\_ Code envoyé le : \_\_\_\_\_

# Autorisations Parentales

- Je soussignée confié<sup>1</sup>, de
- Je soussigné confié<sup>1</sup>, de

père, mère, tuteur de l'enfant, tiers auquel l'enfant est

père, mère, tuteur de l'enfant, tiers auquel l'enfant est

	OUI	NON
- Autorise mon enfant à pratiquer sans restriction toutes les activités de l'accueil de loisirs, ainsi qu'à participer aux transports nécessaires.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Autorise les animateurs à filmer ou à prendre des photos de mon enfant afin de les utiliser ultérieurement pour toute action de communication et de promotion du Service. (Ces photos ne seront pas accompagnées d'informations susceptibles de rendre identifiable votre enfant, dont le nom ne sera pas mentionné)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Autorise les animateurs à filmer ou à prendre des photos de mon enfant afin de les utiliser dans le cadre exclusif de l'activité proposée.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Autorise mon enfant à rentrer : - Seul, à pied ou à vélo - Avec un mineur (frère, sœur) Si oui, nom et prénom : - Si oui, heure de départ :	<input type="checkbox"/>  <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>  <input type="checkbox"/>
Autorise l'Accueil de Loisirs à confier mon enfant aux diverses personnes citées ci-dessous :		
<b>Nom, prénom :</b> <b>Adresse :</b> <div style="display: flex; justify-content: space-between; padding: 0 10px;"> <span>☎ : Domicile</span> <span>Travail</span> <span>Téléphone portable</span> </div>		
<b>Nom, prénom :</b> <b>Adresse :</b> <div style="display: flex; justify-content: space-between; padding: 0 10px;"> <span>☎ : Domicile</span> <span>Travail</span> <span>Téléphone portable</span> </div>		
<b>Nom, prénom :</b> <b>Adresse :</b> <div style="display: flex; justify-content: space-between; padding: 0 10px;"> <span>☎ : Domicile</span> <span>Travail</span> <span>Téléphone portable</span> </div>		
<b>Nom, prénom :</b> <b>Adresse :</b> <div style="display: flex; justify-content: space-between; padding: 0 10px;"> <span>☎ : Domicile</span> <span>Travail</span> <span>Téléphone portable</span> </div>		

<sup>1</sup> Rayez les mentions inutiles.

# Attestation

- Je soussignée père, mère, tuteur de l'enfant, tiers auquel l'enfant est confié<sup>2</sup>, de
- Je soussigné père, mère, tuteur de l'enfant, tiers auquel l'enfant est confié<sup>2</sup>, de

- ❖ Certifie avoir pris connaissance du fonctionnement de l'accueil de loisirs. (disponible sur [www.covati.fr](http://www.covati.fr), rubrique « Vivre » > « Enfance-jeunesse »).
- ❖ Certifie avoir pris connaissance et adhère au règlement intérieur ci-joint de la structure. (disponible sur [www.covati.fr](http://www.covati.fr), rubrique « Vivre » > « Enfance-jeunesse »).
- ❖ M'engage à rencontrer l'animateur, le directeur, en cas de problèmes occasionnés par mon enfant.
- ❖ M'engage à prendre en charge, toute dégradation dont mon enfant serait responsable.
- ❖ M'engage à rembourser à l'organisateur (la COVATI), les honoraires médicaux et les frais pharmaceutiques avancés en raison de soins prodigués.
- ❖ A été informé d'avoir, en vertu des articles 30 et 40 de la loi n°78-17 du 6 janvier 1978 dites « Loi informatique et libertés », un droit d'accès, de modification, de rectification et de suppression des données qui me concernent.

Fait à \_\_\_\_\_, le \_\_\_\_\_

- Je soussigné(e) \_\_\_\_\_, certifie sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés à ce formulaire et m'engage à signaler toute modification des renseignements fournis
- En cochant cette case, je signe ce document

---

<sup>2</sup> Rayez les mentions inutiles.

# Renseignements sanitaires

NOM :

PRENOM :

**Vaccinations : (obligatoire)**

Fournir la photocopie du carnet de vaccination en vérifiant que le nom de l'enfant est clairement mentionné.

**Indiquez ci-dessous les éléments médicaux susceptibles d'avoir des répercussions sur le déroulement de l'accueil**

**Maladies ou allergies sévères connues:** (exemple diabète, asthme, allergies.....)

**Conduite à tenir spécifique :**(sommeil, hygiène, alimentation, port de lunettes, port d'appareillage auditif.....)

**Traitement médicamenteux :** (susceptibles d'avoir des répercussions sur le temps de l'accueil)

si le traitement doit être pris sur le temps de l'accueil **contactez le responsable**. La copie de l'ordonnance en cours de validité est obligatoire.

Allergies médicamenteuses connues :

**Signalez toute difficulté de santé aux responsables des structures d'accueil fréquentées**

**En cas d'urgence :**

. Je soussigné(e), \_\_\_\_\_ autorise, en qualité de représentant légal de l'enfant, le responsable de la structure à prendre toutes les mesures nécessaires.

. Je soussigné(e), \_\_\_\_\_ autorise, en qualité de représentant légal de l'enfant, le responsable de la structure à prendre toutes les mesures nécessaires.

Je soussigné(e) \_\_\_\_\_, certifie sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés à ce formulaire et m'engage à signaler toute modification des renseignements fournis

En cochant cette case, je signe ce document

**Médecin traitant :**

Nom :

Téléphone :

Commune :