

Dossier d'inscriptions année 2021-2022

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 : _____ Sexe : _____

Date de naissance : _____

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 confié¹, de
- Je soussigné confié¹, 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 la Covati à filmer ou à prendre des photos de mon enfant afin de les utiliser pour toute action de communication, dans les conditions précisées dans l'annexe intitulée " Autorisation d'utilisation de l'image au bénéfice de la Covati ". (Ces photos ou vidéos 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 :		
Nom, prénom :		
Adresse :		
 : Domicile	Travail	Téléphone portable
Nom, prénom :		
Adresse :		
 : Domicile	Travail	Téléphone portable
Nom, prénom :		
Adresse :		
 : Domicile	Travail	Téléphone portable
Nom, prénom :		
Adresse :		
 : Domicile	Travail	Téléphone portable

Attestation

- Je soussignée l'enfant est confié², de père, mère, tuteur de l'enfant, tiers auquel
- Je soussigné auquel l'enfant est confié², de père, mère, tuteur de l'enfant, tiers

- ❖ Certifie avoir pris connaissance du fonctionnement de l'accueil de loisirs. (disponible sur 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, rubrique « Vivre » > « Enfance-jeunesse »).
- ❖ Certifie avoir pris connaissance de l'[Autorisation d'utilisation de l'image au bénéfice de la Covati, Communauté de communes de vallées de la Tille et de l'ignon](#).
- ❖ 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

² 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 :