



Dossier d'inscriptions année 2023-2024

Inscriptions :	<input type="checkbox"/> périscolaire	<input type="checkbox"/> restauration	<input type="checkbox"/> extrascolaire								
Accueil périscolaire de :	<input type="checkbox"/> Gemeaux	<input type="checkbox"/> Is-sur-Tille	<input type="checkbox"/> Lux	<input type="checkbox"/> Marcilly-sur-Tille	<input type="checkbox"/> Marsannay-le-Bois	<input type="checkbox"/> Saulx-le-Duc	<input type="checkbox"/> Til-Châtel	<input type="checkbox"/> Villey-sur-Tille			
	<input type="checkbox"/> Spoy										
Accueil extrascolaire de :	<input type="checkbox"/> Mercredi	<input type="checkbox"/> Vacances scolaires									
<u>Enfant / Jeune :</u>											
Nom, prénom :			Sexe :								
Date de naissance :											
Situation Familiale des parents :											
<input type="checkbox"/> Marié (e)			<input type="checkbox"/> Vie Maritale			<input type="checkbox"/> parent isolé			<input type="checkbox"/> Séparé / divorcé/veuf (ve)		
Modalité d'exercice de l'autorité parentale : <input type="checkbox"/> conjointe <input type="checkbox"/> Père <input type="checkbox"/> Mère <input type="checkbox"/> Autres											
<u>Représentant légal :</u> <input type="checkbox"/> Mère <input type="checkbox"/> Père <input type="checkbox"/> Détenteur de l'Autorité Parentale											
Nom, Prénom :											
Adresse :											
Code Postal :			Commune :								
Mail :			☎ : Domicile :			Portable :					
Employeur :			Téléphone :								
<u>Représentant légal :</u> <input type="checkbox"/> Mère <input type="checkbox"/> Père <input type="checkbox"/> Détenteur de l'Autorité Parentale											
Nom, Prénom :											
Adresse :											
Code Postal :			Commune :								
Mail :			☎ : Domicile :			Portable :					
Employeur :			Téléphone :								
<u>Autre Responsable de l'Enfant</u> (ASF, famille d'accueil, conseil départemental) :											
Organisme :											
Nom, Prénom (réfèrent) :			Téléphone portable :								
Téléphone :											
Adresse Mail :											
<u>Autres Personnes susceptibles d'être prévenues en cas d'urgence :</u>											
Nom, prénom :			Téléphone :			Téléphone portable :					
Nom, prénom :			Téléphone :			Téléphone portable :					
Nom, prénom :			Téléphone :			Téléphone portable :					
<u>Restauration :</u>											
Régime alimentaire spécifique : <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> oui (préciser):											
Allergie alimentaire : <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> oui (préciser et fournir certificat médical) :											
Documents à fournir en complément du dossier :											
<input type="checkbox"/> Copie du dernier avis d'imposition			<input type="checkbox"/> Copie du carnet de vaccination								
<input type="checkbox"/> Attestation d'assurance			<input type="checkbox"/> 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) :											
<input type="checkbox"/> N° Allocataire CAF			<input type="checkbox"/> N° Allocataire MSH			<input type="checkbox"/> Rien					
En cas de séparation :											
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>											
Dossier reçu le :			Code envoyé le :								

Attestation

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

- ❖ 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

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 :