



## Dossier d'inscriptions année 2023-2024

|  |              |                      |
|--|--------------|----------------------|
| <b>Inscriptions :</b> <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   |              |                      |
| <b><u>Enfant / Jeune :</u></b>   |              |                      |
| Nom, prénom :  |              |                      |
| Date de naissance :  |              | Sexe :               |
| <b>Situation Familiale des parents :</b>   |              |                      |
| <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   |              |                      |
| <b><u>Représentant légal :</u></b> <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 :  |                      |
| <b><u>Représentant légal :</u></b> <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 :  |                      |
| <b><u>Autre Responsable de l'Enfant</u> (ASF, famille d'accueil, conseil départemental) :</b>  |              |                      |
| Organisme :  |              |                      |
| Nom, Prénom (réfèrent) :   |              |                      |
| Téléphone :  |              | Téléphone portable : |
| Adresse Mail :   |              |                      |
| <b><u>Autres Personnes susceptibles d'être prévenues en cas d'urgence :</u></b>  |              |                      |
| Nom, prénom :  | Téléphone :  | Téléphone portable : |
| Nom, prénom :  | Téléphone :  | Téléphone portable : |
| Nom, prénom :  | Téléphone :  | Téléphone portable : |
| <b><u>Restauration :</u></b>   |              |                      |
| 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) :  |              |                      |
| <b>Documents à fournir en complément du dossier :</b>  |              |                      |
| <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 MSA : _____ <input type="checkbox"/> Rien  |              |                      |
| <b>En cas de séparation :</b>  |              |                      |
| <input type="checkbox"/> 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 :     |



# 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 »).
- ❖ 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 :