

Dossier d'inscriptions année 2023-2024

Accueil périscolaire (matin et soir)

Gemeaux Is-sur-Tille Lux Marcilly-sur-Tille Marsannay-le-Bois Saulx-le-Duc Til-Châtel Villey-sur-Tille Spoy

Restauration

Gemeaux Is-sur-Tille Lux Marcilly-sur-Tille Marsannay-le-Bois Saulx-le-Duc Til-Châtel Villey-sur-Tille Spoy

Accueil extrascolaire

Mercredis Vacances scolaires

Enfant / Jeune

Nom, Prénom :

Date de naissance :

Sexe :

Situation familiale du/des parent(s)

Mariés / Pacsés Vie maritale Parent isolé Séparés / Divorcés Veuf(ve)

Modalité d'exercice de l'autotité parentale : Conjointe Père Mère Autres

Représentant légal 1

Mère Père

Détenteur de l'autorité parentale

Nom, Prénom :

Adresse :

Code Postal :

Commune :

Mail :

☎ Téléphone :

Nom de l'employeur :

☎ Tel employeur :

Représentant légal 2

Mère Père

Détenteur de l'autorité parentale

Nom, Prénom :

Adresse :

Code Postal :

Commune :

Mail :

☎ Téléphone :

Nom de l'employeur :

☎ Tel employeur :

Autre représentant légal de l'enfant (ASF, famille d'accueil, Conseil départemental)

Organisme :

Nom, Prénom (réfèrent) :

Mail :

☎ Téléphone :

Autres personnes susceptibles d'être prévenues en cas d'urgence

Nom, Prénom (réfèrent) :

☎ Téléphone :

Nom, Prénom (réfèrent) :

☎ Téléphone :

Nom, Prénom (réfèrent) :

☎ Téléphone :

Restauration

Régime alimentaire spécifique : Non Oui (préciser) :

Allergie(s) alimentaire(s) : 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

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

N° Allocataire Caf :

N° Allocataire MSA :

Pas d'allocation

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, soussigné(e) *Nom, Prénom :*

père / mère / tuteur / tiers auquel l'enfant est confié *(rayer les mentions inutiles)*

de *(Nom et prénom de l'enfant)*

Je, soussigné(e) *Nom, Prénom :*

père / mère / tuteur / tiers auquel l'enfant est confié *(rayer les mentions inutiles)*

de *(Nom et prénom de l'enfant)*

Autorise mon enfant à pratiquer sans restriction toutes les activités de l'accueil de loisirs, ainsi qu'à participer aux transports nécessaires.

OUI

NON

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).

OUI

NON

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.

OUI

NON

Autorise mon enfant à rentrer :

Seul, à pied ou à vélo **OUI** **NON**

Avec un mineur (frère, sœur) **OUI** **NON**

Si oui, heure de départ :

Si oui, nom et prénom :

Si oui, heure de départ :

Autorise l'Accueil de Loisirs à confier mon enfant aux diverses personnes citées ci-dessous :

Nom, Prénom :

Adresse :

☎ Téléphone:

☎ Travail :

Nom, Prénom :

Adresse :

☎ Téléphone:

☎ Travail :

Nom, Prénom :

Adresse :

☎ Téléphone:

☎ Travail :

Attestation

Je, soussigné(e) *Nom, Prénom :*

père / mère / tuteur / tiers auquel l'enfant est confié (*raier les mentions inutiles*)

de (*Nom et prénom de l'enfant*)

Je, soussigné(e) *Nom, Prénom :*

père / mère / tuteur / tiers auquel l'enfant est confié (*raier les mentions inutiles*)

de (*Nom et prénom de l'enfant*)

- 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](#).
- 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.
- Prend note que j'ai, 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.
- Certifie sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés à ce formulaire et m'engage à signaler toute modification des renseignements fournis.

Fait à : _____ , le _____

En cochant cette case, je signe ce document.

Renseignements sanitaires

NOM :

PRÉNOM :

Vaccinations : (obligatoire)

Fournir la photocopie de vaccination / Vérifier 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 : (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.

Médecin traitant :

Nom :

☎ Téléphone :

Commune :

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