

Formulaire d'inscription

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 :

Régime alimentaire spécifique : Non Oui (Préciser) :

Allergie(s) alimentaire(s) : Non Oui (Préciser et fournir certificat médical) :

PAI (à fournir)

Situation familiale du/des parent(s)

Mariés Pacsés Concubins 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 :

Nom de naissance :

Date de naissance :

Ville de naissance :

Pays de naissance :

Adresse :

Code Postal : Commune :

Mail :

Téléphone :

Tél. professionnel :

N° allocataire CAF ou MSA :

Pas d'allocation (fournir avis d'imposition)

Je souhaite être prélevé automatiquement (joindre RIB)

Représentant légal 2

Mère Père Détenteur de l'autorité parentale

Nom :

Prénom :

Nom de naissance :

Date de naissance :

Ville de naissance :

Pays de naissance :

Adresse :

Code Postal : Commune :

Mail :

Téléphone :

Tél. professionnel :

N° allocataire CAF ou MSA :

Pas d'allocation (fournir avis d'imposition)

Je souhaite être prélevé automatiquement (joindre RIB)

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

Organisme :

Nom, Prénom (réfèrent) :

Mail :

Autres contacts d'urgence et personnes habilitées à récupérer l'enfant

Nom, Prénom : Urgence Autorisé à récupérer ☎ :

Nom, Prénom : Urgence Autorisé à récupérer ☎ :

Nom, Prénom : Urgence Autorisé à récupérer ☎ :

Documents à fournir en complément du dossier

Si allocataire : attestation CAF ou MSA

Si pas d'allocation : copie du dernier avis d'imposition

Allocation AEEH

Si prélèvement automatique : RIB

Attestation d'assurance

Copie du carnet de vaccination

En cas de séparation :

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

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 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 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 mon enfant à rentrer :

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

Si oui, heure de départ :

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

Si oui, nom et prénom :

Si oui, heure de départ :

Certifie avoir pris connaissance du fonctionnement de l'accueil de loisirs.

(Disponible sur www.covati.fr, rubrique « Vivre » > « Enfance-jeunesse ») et sur le portail famille.

Certifie avoir pris connaissance du règlement intérieur de la structure.

(Disponible sur www.covati.fr, rubrique « Vivre » > « Enfance-jeunesse ») et sur le portail famille.

Certifie avoir pris connaissance de l'[Autorisation d'utilisation de l'image au bénéfice de la Covati](#).

M'engage à rembourser à l'organisateur (la Covati), les honoraires médicaux et les frais pharmaceutiques avancés en raison de soins prodigués.

Prends 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

Urgences :

• Je soussigné(e), _____ autorise, en qualité de représentant légal de l'enfant, le responsable de la structure à prendre toutes les mesures nécessaires 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 en cas d'urgence.

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