



Dossier d'inscriptions année 2022-2023

Inscriptions :	périscolaire	restauration	extrascolaire (mercredi + vacances)			
Accueil périscolaire de :	Gemeaux	Is-sur-Tille	Lux	Marcilly-sur-Tille	Marsannay-le-Bois	Saulx-le-Duc
	Til-Châtel	Villey-sur-Tille	Spoys			
Accueil extrascolaire de :	Is-sur-Tille	Marsannay-le-Bois				
Enfant / Jeune						
Nom, prénom :						
Date de naissance :			Sexe :			
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 :			Tél domicile :		Tél portable :	
Employeur :			Téléphone :			
Représentant légal : Mère Père Détenteur de l'Autorité Parentale						
Nom, Prénom :						
Adresse :						
Code Postal :		Commune :				
Mail :			Tél domicile :		Tél 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 :						<i>Partie réservée à l'administration</i>
<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"/> Attestation de quotient familiale						
<input type="checkbox"/> Justificatif habilitant le tiers responsable à inscrire l'enfant (ASF, famille d'accueil, conseil départemental)						
En cas de séparation :						
<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 :			

Autorisation parentale

• Je soussigné(e)
l'enfant est confié ¹, de

père, mère, tuteur de l'enfant, tiers auquel

• Je soussigné(e)
l'enfant est confié ¹, de

père, mère, tuteur de l'enfant, tiers auquel

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

Autorise l'Accueil de Loisirs à confier mon enfant aux diverses personnes citées ci-dessous :			
Nom, prénom :			
Adresse :			
Tél domicile :	Tél travail :	Téléphone portable :	
Nom, prénom :			
Adresse :			
Tél domicile :	Tél travail :	Téléphone portable :	
Nom, prénom :			
Adresse :			
Tél domicile :	Tél travail :	Téléphone portable :	
Nom, prénom :			
Adresse :			
Tél domicile :	Tél travail :	Téléphone portable :	

¹ Rayer la mention inutile

Attestation

- Je soussignée _____ père, mère, tuteur de l'enfant, tiers auquel l'enfant est confié ², de
- Je soussigné _____ père, mère, tuteur de l'enfant, tiers auquel l'enfant est confié ², 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

² Rayer la mention inutile

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 :