



## Dossier d'inscriptions année 2022-2023

<b>Inscriptions :</b>	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				
<b>Enfant / Jeune</b>						
Nom, prénom :						
Date de naissance :			Sexe :			
<b>Situation Familiale des parents :</b>						
Marié (e) Vie Maritale Parent isolé Séparé / divorcé/veuf (ve)						
Modalité d'exercice de l'autorité parentale : Conjointe Père Mère Autres						
<b>Représentant légal :</b> Mère Père Détenteur de l'Autorité Parentale						
Nom, Prénom :						
Adresse :						
Code Postal :		Commune :				
Mail :			Tél domicile :		Tél portable :	
Employeur :			Téléphone :			
<b>Représentant légal :</b> Mère Père Détenteur de l'Autorité Parentale						
Nom, Prénom :						
Adresse :						
Code Postal :		Commune :				
Mail :			Tél domicile :		Tél portable :	
Employeur :			Téléphone :			
<b>Autre Responsable de l'Enfant</b> (ASF, famille d'accueil, conseil départemental) :						
Organisme :						
Nom, Prénom (réfèrent) :						
Téléphone :			Téléphone portable :			
Adresse Mail :						
<b>Autres Personnes susceptibles d'être prévenues en cas d'urgence :</b>						
Nom, prénom :		Téléphone :		Téléphone portable :		
Nom, prénom :		Téléphone :		Téléphone portable :		
Nom, prénom :		Téléphone :		Téléphone portable :		
<b>Restauration :</b>						
Régime alimentaire spécifique : non oui (préciser):						
Allergie alimentaire : non oui (préciser et fournir certificat médical) :						
<b>Documents à fournir en complément du dossier :</b>						<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"/> Aides aux Temps Libres de la CAF si vous en bénéficiez						
<input type="checkbox"/> Justificatif habilitant le tiers responsable à inscrire l'enfant (ASF, famille d'accueil, conseil départemental)						
<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

<sup>2</sup> 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 :