

## **DOSSIER ENFANCE JEUNESSE**

### **1<sup>ère</sup> INSCRIPTION**

**2024 / 2025**

**(ALSH, ALP, Club préados, Pôle jeunesse, Aide aux devoirs, Restaurants scolaires)**

### **OBLIGATOIRE**

**Pour permettre la fréquentation des enfants sur l'ensemble des structures**

#### **Documents à fournir :**

- N° Allocataire CAF.  
A défaut, avis d'imposition revenus 2023 au plus tard le 01/10/2024  
(pour les non allocataires CAF)
- Attestation d'assurance année scolaire 2024/2025
- Notification (mail) « Aide aux loisirs »
- Fiche sanitaire remplie et signée
- Pages vaccins du carnet de santé
- POUR LES ENFANTS DE MOINS DE 3 ANS**, une dérogation d'accueil  
est obligatoire. Nous vous demandons de fournir une demande écrite.

**A retourner au Service enfance jeunesse au plus tard le 31 juillet 2024**

## FICHE de RENSEIGNEMENTS

### ➤ Adultes

Père ou responsable légal		Mère ou responsable légal	
Nom		Nom	
Prénom		Prénom	
Adresse		Adresse	
Date de naissance		Date de naissance	
Tel dom		Tel dom	
Tel port		Tel port	
email		email	
profession		profession	
Régime d'appartenance	<b>Régime général</b> <input type="checkbox"/>		<b>M.S.A (agents crédit agricole, agriculteurs)</b> <input type="checkbox"/>
N°allocataire CAF	<input type="checkbox"/> <b>Allocation AEEH</b> (Nom et prénom de l'enfant)		

En cas de garde spécifique (alternée...) merci de nous le préciser :

-----

### ➤ Facturation

- Père
- Mère
- Autre (précisez)

### ➤ Enfants à inscrire

Nom et prénom des enfants	Date de naissance	Ecole	Nom de l'enseignant

# AUTORISATIONS

Je soussigné, Mme, Mlle, M, \_\_\_\_\_

Responsable légal de(s)  
l'enfant(s) \_\_\_\_\_

## ➤ **Sorties**

Autorise mon(es) enfant(s) à quitter les ALAE, les ALSH ou l'aide aux devoirs

Nom, prénom de l'enfant : \_\_\_\_\_

- Seul  
 En compagnie de (plusieurs personnes possibles)

Nom, prénom de l'enfant : \_\_\_\_\_

- Seul  
 En compagnie de (plusieurs personnes possibles)

Nom, prénom de l'enfant : \_\_\_\_\_

- Seul  
 En compagnie de (plusieurs personnes possibles)

**Merci d'alerter le service en cas de changement, en cours d'année, concernant les autorisations de sortie**

## ➤ **Soins**

Autorise les responsables des accueils de loisirs et de l'aide aux devoirs à faire soigner nos enfants et à faire pratiquer les interventions d'urgence, les anesthésies générales, suivant les prescriptions des médecins.

M'engage à payer la part des frais médicaux et d'hospitalisation incombant à la famille.

## ➤ **Activités**

Autorise mon(es) enfant(s) à participer à toutes les activités intérieures et extérieures proposées dans le cadre des accueils de loisirs et de l'aide aux devoirs.

- Oui  
 Non

Autorise la publication de photo de mon(es) enfant(s) dans le cadre de toutes les diffusions de presse (Site Internet de la ville, Journal communal, presse locale, Facebook communal...)

- Oui  
 Non

## ➤ **Autorise** l'envoi d'informations communales non liées aux accueils péri et extrascolaire (manifestations communales, informations diverses).

- OUI  
 NON

## ➤ **Règlements**

Je soussigné(e).....déclare avoir pris connaissance des règlements intérieurs de restauration scolaire et des accueils de loisirs. (<http://www.ville-cournonterral.fr>, rubrique éducation puis périscolaire et restauration scolaire -> « A télécharger »)

**Date :**

**Signature du responsable légal :**

## AIDE AUX DEVOIRS (OPTIONNEL)

Nom et prénom des enfants	Etudes surveillées			
	Lundi	Mardi	Jeudi	Vendredi

Nom et prénom des enfants	Accompagnement à la scolarité	
	soit <b>Lundi &amp; vendredi</b>	soit <b>Mardi &amp; jeudi</b>

*Ce dispositif est réservé aux enfants en difficultés scolaires, après concertation avec l'enseignant référent.*

Numéro de la responsable **Martine RUEDAS** :  
06.74.62.56.43

Adresse mail : [centrelouisirs@ville-cournonterral.fr](mailto:centrelouisirs@ville-cournonterral.fr)

# FICHE SANITAIRE DE LIAISON

## 1 - ENFANT

Nom :

Prénom :

Date de naissance : \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_

Garçon

Fille

2 - VACCINATIONS (se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccinations).

Afin que votre enfant puisse être inscrit, nous vous prions de bien vouloir nous fournir les copies du carnet de santé ou un certificat médical du médecin traitant attestant que votre enfant est à jour de ses vaccinations, avec son nom clairement visible.

SI VOUS N'AVEZ PAS LES VACCINS OBLIGATOIRES JOINDRE UN CERTIFICAT MÉDICAL DE CONTRE-INDICATION  
ATTENTION : LE VACCIN ANTI-TÉTANIQUE NE PRÉSENTE AUCUNE CONTRE-INDICATION

## 3 - RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX

L'enfant suit-il un traitement médical durant la semaine ? oui  non

Si l'enfant suit un traitement médical durant la semaine, joindre une ordonnance récente et les médicaments correspondants (Médicaments dans leur emballage d'origine marqués au nom de l'enfant avec la notice)

L'ENFANT A-T-IL DÉJÀ EU LES MALADIES SUIVANTES ?

Rubéole

Otite

Rhumatisme articulaire aigu

Coqueluche

Angine

Oreillons

Varicelle

Rougeole

Scarlatine

Allergies : Asthme  Alimentaire  Médicamenteuses  Autres .....

PRÉCISEZ LA CAUSE DE L'ALLERGIE ET LA CONDUITE À TENIR (si automédication le signaler)

P.A.I (PROJET D'ACCEUIL INDIVIDUALISÉ) EN COURS ? oui  non  (joindre protocole et informations utiles) :

INDIQUEZ CI-APRÈS LES DIFFICULTÉS DE SANTÉ (MALADIE, ACCIDENT, CRISES CONVULSIVES, HOSPITALISATION, OPÉRATION, RÉÉDUCATION) EN PRÉCISANT LES DATES ET LES PRÉCAUTIONS À PRENDRE.

## 4 - RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS

VOTRE ENFANT PORTE-T-IL DES LENTILLES, DES LUNETTES, DES PROTHÈSES AUDITIVES, DES PROTHÈSES DENTAIRES, ETC...

## 5 - RESPONSABLE DE L'ENFANT

NOM : ..... Prénom : .....

ADRESSE : .....

Tél FIXE ou PORTABLE : ..... BUREAU : .....

NOM ET TÉL. DU MÉDECIN TRAITANT (FACULTATIF) : .....

Je soussigné(e) ..... responsable légal de l'enfant, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise le responsable du séjour à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de l'enfant.

Date :

Signature :