



Dossier d'inscription Accueils de Loisirs péri et extrascolaire

Enfant/Jeune :

Nom, prénom :

Date de naissance : / /

Sexe : F / G

Régime social: Régime général MSA Autre régime

Représentant légal 1: Père, Mère ou responsable de l'enfant (rayer les mentions inutiles)

Nom, prénom :

Adresse :

Code Postal : Commune :

Adresse Mail et/ou MSN :

☎ : Domicile : Travail : Téléphone portable :

Représentant légal 2: Père, Mère ou responsable de l'enfant (rayer les mentions inutiles)

Nom, Prénom :

Adresse :

Code Postal : Commune :

☎ : Domicile : Travail : Téléphone portable :

Personnes susceptibles d'être prévenues en cas d'urgence

Nom, prénom : Téléphone : Portable :

Nom, prénom : Téléphone : Portable :

Nom, prénom : Téléphone : Portable :

Partie réservée à l'organisateur

Documents à fournir :

- Photocopie de l'avis d'imposition – année :
- Photocopie du carnet de vaccination
- Attestation d'assurance
- Aides aux Temps Libres de la CAF si vous en bénéficiez

Tarif Centre de Loisirs :

JAR :€ JSR :€ ½ J :€

Tarif périscolaire : Prix du quart d'heure :€

Autorisations Parentales

Je soussigné.....mère, père, tuteur de l'enfant.....

- | | OUI | NON |
|--|--------------------------|--------------------------|
| ❖ Autorise mon enfant à pratiquer sans restriction toutes les activités de l'accueil de loisirs ainsi qu'à participer aux transports nécessaires. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ❖ Autorise les animateurs à filmer ou à prendre des photos de mon enfant afin de les utiliser ultérieurement pour toute action de communication et de promotion du Service.
(Ces photos ne seront pas accompagnées d'informations susceptibles de rendre identifiable votre enfant) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ❖ Autorise mon enfant à rentrer : | | |
| ○ Seul, à pied ou à vélo | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ○ Avec un mineur (frère, sœur) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ○ Si oui, heure de départ :h..... | | |

La COVATI décline toute responsabilité en cas d'accident sur le trajet que l'enfant est autorisé à faire seul.

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

<p>Nom, prénom :.....</p> <p>Adresse :.....</p> <p>☎ : Domicile..... Travail..... Téléphone portable.....</p>
<p>Nom, prénom :.....</p> <p>Adresse :.....</p> <p>☎ : Domicile..... Travail..... Téléphone portable.....</p>
<p>Nom, prénom :.....</p> <p>Adresse :.....</p> <p>☎ : Domicile..... Travail..... Téléphone portable.....</p>
<p>Nom, prénom :.....</p> <p>Adresse :.....</p> <p>☎ : Domicile..... Travail..... Téléphone portable.....</p>

Autorisations Parentales

Je soussigné.....mère, père, tuteur de l'enfant.....

- ❖ Certifie avoir pris connaissance du fonctionnement de l'Accueil de loisirs.
- ❖ Certifie avoir pris connaissance et adhère au règlement intérieur de la structure ci-joint.
- ❖ 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.

Fait à, le.....

Signature du responsable légal :

NOM : PRENOM :

Renseignements sanitaires

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 qui sont susceptibles

d'avoir des répercussions sur le déroulement de l'accueil

Maladies ou allergies sévères connues : (exemple diabète, asthme, allergies alimentaires.....)

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**.

Cela doit rester **exceptionnel**, et la copie de l'ordonnance en cours de validité est obligatoire.

Allergies médicamenteuses connues :

Si vous avez signalé des difficultés de santé et dans l'intérêt de l'enfant

Contactez le responsable de la structure d'accueil

En cas d'urgence, je soussigné(e),.....autorise le responsable de la structure à prendre les mesures rendues nécessaires par l'état de santé de mon enfant,

Je certifie sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés ci-dessus et m'engage à signaler toute modification des renseignements fournis

Signature du responsable légal 1

Signature du responsable légal 2

Médecin traitant :

Nom :Téléphone :

Commune :