

# DOSSIER D'INSCRIPTION UNIQUE

**Le dossier doit être obligatoirement retourné COMPLET et SIGNE au Centre de Loisirs**



Nom : .....

Prénom : ..... Age.....

Date de naissance : ...../...../.....

SEXE :  garçon  Fille

## INFORMATION RESPONSABLE(S) LEGAL(AUX)

**Qualité :**  Père  Mère  
 Tuteur  Tiers délégataire

Numéro allocataire :  C.A.F  M.S.A

Nom : .....

Prénom : .....

Adresse :

Code postal : .....

Ville : .....

Téléphone personnel : .....

Téléphone professionnel : .....

Mail : .....

Profession : .....

Employeur : .....

**Qualité :**  Père  Mère  
 Tuteur  Tiers délégataire

Numéro allocataire :  C.A.F  M.S.A

Nom : .....

Prénom : .....

Adresse :

Code postal : .....

Ville : .....

Téléphone personnel : .....

Téléphone professionnel : .....

Mail : .....

Profession : .....

Employeur : .....

Conformément aux obligations du RGPD, les données personnelles que vous nous communiquerez ne seront utilisées que dans le cadre des relations entre vous et l'association. Les données ne seront pas utilisées à des fins sortant du cadre du service demandé. Les données non utilisées depuis trois ans sont régulièrement effacées de nos bases (opération effectuée au moins une fois par an) ou selon les modalités explicitement décrites pour le service concerné.

## INFORMATION SUR L'ENFANT

**Sexe :**  Garçon  Fille

**Nom de l'enfant :** ..... **Prénom de l'enfant :** .....

**Date de naissance :** ..... **Lieu de naissance :** .....

**LIEU DE VIE :** *Plusieurs choix possibles*

Parental  Maternel  Paternel  Tuteur/trice  Assist. Familiale  MECS

Autres : .....

*Préciser l'adresse si celle-ci est différente des responsables légaux*

**Nom :** ..... **Prénom :** .....

**Adresse :** .....

**Téléphone 1 :** ..... **Téléphone 2 :** .....

**Nom :** ..... **Prénom :** .....

**Adresse :** .....

**Téléphone 1 :** ..... **Téléphone 2 :** .....

**ACTIVITE(S) EN VIE COLLECTIVE :** *Plusieurs choix possibles permettant d'améliorer le 1<sup>er</sup> accueil*

Aucune  Assistant.e Maternel.le  MAM  RPE  Crèche  Asso./Club  Centre de loisirs

Ne souhaite pas répondre

**SCOLARISATION :** *Cocher une case ci-dessous et renseigner les éléments* **CLASSE :** .....

Ecole maternelle  Ecole élémentaire  Collège  Lycée  Institution (IME, ITEP, IEM, IES...)  A domicile

**Nom de l'école ou de l'institution :** .....

**L'enfant bénéficie-t-il d'un Projet Personnel de Scolarisation (P.P.S) ?** *Cocher la case correspondante*

*Le PPS propose des dispositifs tels que : GEVA-sco – AVS/EASH – ULIS – UEE – UEA – UEMA – ITEP – matériel adapté...*

*Pour garantir la qualité de l'accueil une rencontre vous sera proposée pour prendre en compte si nécessaire les besoins particuliers de votre enfant.*

Non  Oui  Demande en cours  Ne souhaite pas répondre

**SUIVI COMPLEMENTAIRE : (PCO, CAMSP, CMP, CMPP, HDJ hôpital de jour)** *Cocher la case correspondante*

*Pour garantir la qualité d'accueil, une rencontre vous sera proposée pour prendre en compte si nécessaire les besoins particuliers de votre enfant.*

Non  Oui  Ne souhaite pas répondre

**BENEFICIAIRE DE L'AAEH :** *Cocher la case correspondante*

*Recensement du nombre de bénéficiaire de l'Allocation d'Education de l'Enfant Handicapé à des fins statistiques pour la CAF. Cette valorisation peut permettre selon les situations l'octroi de financement pour améliorer la prise en compte des besoins particuliers de l'enfant dans la structure.*

Non  Oui  Demande en cours  Ne souhaite pas répondre

**REGIME ALIMENTAIRE :** *Cocher la case correspondante, à détailler dans la fiche sanitaire en cas de trouble de la santé, allergies, Projet d'Accueil Individualisé*

*(PAI), autres...*  Classique  Végétarien

Aucun  Allergie  Autre trouble de santé  Autre préciser.....

**REMARQUES COMPLEMENTAIRES CONCERNANT L'ENFANT** *Renseigner les éléments nécessaires*

.....  
 .....

## AUTORISATION DU/DES RESPONSABLE(S) LEGAL(AUX)

AUTORISATIONS :	OUI	NON
Consulter mon quotient familial pour ajuster la tarification applicable	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
L'enfant pourra participer aux différentes activités et sorties organisés par la structure	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
L'enfant pourra utiliser les moyens de transports prévus dans le cadre des activités	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
L'enfant pourra quitter seul la structure à l'issue des activités proposées à partir de .....H.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## FRATRIE

L'enfant/adolescent(e) a-t-il des frères et sœurs mineurs ?

NOM : ..... Prénom : ..... Classe : .....

NOM : ..... Prénom : ..... Classe : .....

NOM : ..... Prénom : ..... Classe : .....

NOM : ..... Prénom : ..... Classe : .....

## ATTESTATION SUR L'HONNEUR

Je soussigné-e, responsable de l'enfant, **déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et avoir pris connaissance des règlements intérieurs des structures.** Les informations recueillies sur ce formulaire sont enregistrées dans un fichier informatisé dans le logiciel utilisé par les structures dans le but de suivi/contrôle. Elles seront conservées pendant trois ans.

Je **m'engage à signaler tout changement de situation** concernant l'enfant (santé, scolarisation, lieu de vie, assurance...) ou du/des responsable(s) (coordonnées, modalités d'autorité parentale...).

Conformément à la loi «RGPD », vous pouvez exercer votre droit d'accès aux données vous concernant et les faire rectifier en contactant le ou la responsable de structure. Chaque responsable légal est notamment informé que conformément à l'article 32 de la loi n°78-17 du 6 janvier 1978 modifiée, relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés, les informations qu'il communique par le biais de ce formulaire sont nécessaires pour répondre à sa demande et sont destinées au ou à la responsable de structure, en tant que responsable du traitement à des fins de gestion administrative des services utilisés.

Fait à .....

Signature du ou des responsable(s) :

Le ...../...../.....

## AUTRES PERSONNES A CONTACTER

Personne 1 – en qualité de .....

Nom : ..... Prénom : .....

Téléphone : ..... Téléphone : .....

A contacter en cas d'urgence

Autorisé à récupérer l'enfant

Personne 2 – en qualité de .....

Nom : ..... Prénom : .....

Téléphone : ..... Téléphone : .....

A contacter en cas d'urgence

Autorisé à récupérer l'enfant

Personne 3 – en qualité de .....

Nom : ..... Prénom : .....

Téléphone : ..... Téléphone : .....

A contacter en cas d'urgence

Autorisé à récupérer l'enfant

Personne 4 – en qualité de .....

Nom : ..... Prénom : .....

Téléphone : ..... Téléphone : .....

A contacter en cas d'urgence

Autorisé à récupérer l'enfant

## PIECES OBLIGATOIRES À FOURNIR :

- Dossier d'inscription complété et signé
- Fiche sanitaire complétée et signée
- Autorisation de captation complétée et signée
- Fiches d'inscriptions complétées
- Photocopie du carnet de vaccinations à jour ou attestation de vaccination à jour
- Photocopie de l'attestation d'assurance scolaire, périscolaire et extrascolaire
- Photocopie de l'attestation de quotient familial de moins de 3 mois (CAF ou MSA)
- Attestation de Sécurité Sociale
- Photocopie du jugement si parents séparés (décision de justice fixant les modalités de garde ou de déclaration conjointe signée des 2 parents) calendrier de garde de l'année scolaire (si concerné)
- Pour les enfants ayant un P.A.I, fournir le document signé par le médecin
- Pour les enfants ayant un suivi complémentaire, justificative précisant pour l'enfant une entrée dans un parcours bilan/intervention précoce, une prise en charge globale thérapeutique, éducative ou rééducative (PMI, PCO, CAMSP, PDPC, CMP, CATTP, Hôpital de jour
- Pour les enfants bénéficiant d'un PPS, notification CDAPH précisant un avis favorable pour l'intervention d'un-e AESH Y compris sur le temps méridien et/ou ne orientation (SESSAD, SEA, SEV, SEM, SAFEP, DITEP, DAME, DIME, DIEM)
- Pour les enfants bénéficiaires de l'AAEH, notification précisant l'ouverture des droits à l'AAEH