

DOSSIER D'INSCRIPTION SERVICE ENFANCE ET JEUNESSE
ANNEE SCOLAIRE 2019-2020

ENFANTS ACCUEILLIS	1	2	3
Nom			
Prénom			
Date de Naissance			
Ecole			
Classe			
N° de téléphone (jeunesse)			
Responsabilité civile	Joindre obligatoirement une attestation		
Assurance extrascolaire	Souscription préconisée d'une garantie extrascolaire couvrant les dommages corporels auxquels peuvent exposer les activités de l'ALSH.		
Régime social	<ul style="list-style-type: none"> Régime général CAF - N° allocataire : J'autorise la CCHMV à consulter mon quotient familial sur la base de données de la CAF : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Régime agricole MSA – merci de fournir un justificatif de quotient familial Sans régime : fournir votre avis d'imposition de l'année précédente <p align="center"><i>En l'absence de justificatif, le tarif maximum sera appliqué.</i></p>		

RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LES RESPONSABLES LEGAUX	
Situation familiale : <input type="checkbox"/> Union maritale <input type="checkbox"/> Mariés <input type="checkbox"/> Célibataire <input type="checkbox"/> Pacsés <input type="checkbox"/> Séparés <input type="checkbox"/> Divorcés <input type="checkbox"/> Veuf	
PARENT 1	PARENT 2
Nom :	Nom :
Prénom :	Prénom :
Adresse :	Adresse :
Code Postal :	Code Postal :
Ville :	Ville :
Tél domicile :	Tél domicile :
Tél portable :	Tél portable :
Tél professionnel :	Tél professionnel :
E-mail :	E-mail :
Titulaire de l'autorité parentale : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Titulaire de l'autorité parentale : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Destinataire des factures : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Destinataire des factures : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Reçoit les factures par mail : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Reçoit les factures par mail : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non

Personne à prévenir en cas d'absence des parents :

Nom :

Prénom :

N° téléphone :

AUTORISATIONS PARENTALES

Je soussigné(e), responsable légal,

INSCRIPTIONS

autorise mon/mes enfant(s) suivant (s) à s'inscrire seul au Service Jeunesse :

NOM : _____ Prénom : _____

NOM : _____ Prénom : _____

NOM : _____ Prénom : _____

DEPART DES ENFANTS

autorise mon/mes enfant(s) suivant(s) à quitter seul(s) l'accueil périscolaire et/ou extrascolaire après les horaires de prise en charge par l'accueil de loisirs :

NOM : _____ Prénom : _____

NOM : _____ Prénom : _____

NOM : _____ Prénom : _____

autorise les personnes suivantes à venir chercher mon/mes enfant(s) :

NOM : _____ Prénom _____ N° Portable ____/____/____/____/____

NOM : _____ Prénom _____ N° Portable ____/____/____/____/____

NOM : _____ Prénom _____ N° Portable ____/____/____/____/____

ACTIVITES

autorise mon/mes enfant(s) à participer aux activités proposées par l'accueil périscolaire et/ou extrascolaire, et déclare m'être assuré(e) de l'absence de toute contre-indication : Oui Non

SIESTE

Déclare que mon/mes enfants(s) doit/doivent faire la sieste.

TRANSPORTS

autorise mon/mes enfant(s) à utiliser tous les moyens de transports proposés par l'accueil périscolaire et/ou extrascolaire : minibus, voiture, bus scolaire, ski bus, estibus, navette gratuite, car, train, taxi:

Oui Non

DROIT A L'IMAGE

autorise la CCHMV à utiliser l'image de mon/mes enfant(s) dans le but de communiquer sur les activités de l'accueil périscolaire et/ou extrascolaire ainsi que sur les réseaux sociaux : Oui Non

Déclare exacts les renseignements portés sur ce dossier d'inscription, m'engage à lire et à respecter et faire respecter par mon/mes enfants le règlement intérieur joint, et autorise l'équipe de l'accueil périscolaire et/ou extrascolaire à prendre, le cas échéant, toutes les mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de mon/mes enfant(s).

DATE :

SIGNATURE :