



DOSSIER INSCRIPTION

septembre 2009 – septembre 2010

ACCUEIL PERISCOLAIRE, RESTAURATION SCOLAIRE ET CENTRES DE LOISIRS

Documents à joindre à votre dossier (photocopies)

Obligatoires

- * Dernier avis d'imposition ou de non imposition 2008
- * Attestation de responsabilité civile
- * Livret de famille (parents – enfants)
- * Carnet de santé (vaccinations)
- * Jugement de divorce et pension alimentaire
- * Pour les enfants allergiques, le Projet d'Accueil Individualisé
- * Attestation d'aide aux temps libres CAF 2009, ou MSA

Responsable légal

NOM : _____ Prénom : _____

Adresse : _____

☎ Domicile : _____ ☎ Portable : _____

☎ Professionnel : _____ @ Courriel : _____

N° Allocataire CAF : _____

Enfant

NOM : _____ PRENOM : _____

Date de naissance : _____

Ecole fréquentée : _____ Classe : _____

Personnes autorisées à venir chercher l'enfant (autres que les parents)

NOM : _____ Prénom : _____

Adresse : _____

☎ Domicile : _____ ☎ Portable : _____

NOM : _____

Prénom : _____

Adresse : _____

☎ Domicile : _____

☎ Portable : _____

Attention : Seuls les enfants dont les parents nous auront remis une autorisation écrite, pourront quitter seuls les accueils.

Autorisation d'exploitation d'images

Je soussigné, autorise la Communauté de Communes d'Auxonne Val de Saône à utiliser des images de mon enfant dans le cadre de sa communication sur tous les supports d'information présents ou à venir (plaquette, guides pratiques, journal périscolaire, site internet...) à l'exclusion de toute exploitation commerciale.

J'atteste ne prétendre à aucune indemnité, en argent ou en nature, actuellement ou dans le futur.

Assurance responsabilité civile :

Compagnie :

Numéro d'adhérent :
.....

Je soussigné, _____, responsable légal de l'enfant, déclare exacts les renseignements portés sur ce dossier et autorise les services communautaires à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitements médicaux, hospitalisations, interventions chirurgicales) rendues nécessaires par l'état de l'enfant.

Fait à _____ le _____

Signature :

Accueil de mineurs fiche de liaison obligatoire

Vous devez remettre cette fiche à l'organisateur de l'accueil de l'enfant. Merci de remplir le document lisiblement en lettre majuscule.

Nom, prénom de l'enfant :

.....

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

Sexe : F / G

Représentant légal 1: Père, Mère ou responsable de l'enfant

Nom, prénom

Adresse

☎ : Domicile..... Travail..... Portable.....

✉ :

Représentant légal 2: Père, Mère ou responsable de l'enfant

Nom, prénom

Adresse

☎ : Domicile..... Travail..... Portable.....

✉ :

Personnes susceptibles d'être prévenues en cas d'urgence ET/OU autorisées à venir chercher l'enfant dans la structure :

Nom, prénom

Adresse

☎ : Domicile..... Travail..... Portable.....

Nom, prénom

Adresse

☎ : Domicile..... Travail..... Portable.....

Renseignements sanitaires

Vaccinations : (obligatoire)

**Indiquez ci dessous les éléments médicaux qui sont susceptibles
d'avoir des répercussions sur le déroulement de l'accueil**

Médecin traitant :

NOM : _____

☎ : _____

Adresse : _____

Maladies ou allergies sévères connues et conduite à tenir: (diabète, asthme, allergies alimentaires.....)

Autres informations utiles à l'encadrement (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, j'autorise le responsable de la structure à prendre les mesures nécessaires pour l'appel des secours,
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

A l'attention des responsables légaux

Coordonnées de l'organisateur :

COMMUNAUTE DE COMMUNES AUXONNE VAL DE SAONE

Ruelle de Richebourg

21 130 AUXONNE

Tél : 03.80.27.03.20 Fax : 03.80.27.03.21

Courriel : cdc.avds@wanadoo.fr

En cas d'urgence : avds.cpax@orange.fr