DOSSIER D'INSCRIPTION VACANCES
2023-2024
LE PONT DES LOISIRS

PHOTO

NOM : _____

PRÉNOM : _____

DATE DE NAISSANCE : _____ / _____ / _____

REPAS SPÉCIAUX :

☐ Sans repas spéciaux ☐ Sans porc ☐ Sans viande ☐ P.A.I.*

(*fournir obligatoirement une copie actualisée du P.A.I. (Projet d'Accueil Individualisé)

RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS :

☐ Port de lunettes ☐ Port de lentilles ☐ Appareil dentaire ☐ Appareil auditif

Difficultés de sommeil, comportement de l'enfant etc...

_____

_____

RESPONSABLES DU MINEUR* :

*Fournir **obligatoirement** le jugement de garde le cas échéant.

RESPONSABLE LEGAL N°1	RESPONSABLE LEGAL N°2
Nom : Prénom :	Nom : Prénom :
Adresse :	Adresse :
Tél. portable :	Tél. portable :
Tél. travail :	Tél. travail :
Adresse mail :	Adresse mail :

RÉGIME :

Cocher la case correspondant à votre régime (**OBLIGATOIRE**)*

*la commune bénéficiant d'une aide de la CAF et de la MSA pour l'équipement, merci de nous communiquer **IMPERATIVEMENT** le numéro

☐ CAF ☐ MSA ☐ Autre régime Préciser votre numéro:

ASSURANCE (OBLIGATOIRE) :

Nom de la compagnie d'assurance de l'enfant, « individuelle accident » :

_____

Numéro du contrat : _____

EN CAS D'INDISPONIBILITÉ DES REPRÉSENTANTS LÉGAUX, VEUILLEZ INDIQUER LES PERSONNES À PRÉVENIR OU SUSCEPTIBLES DE VENIR CHERCHER L'ENFANT*:

(*Attention : ces personnes doivent être majeures et à proximité - une pièce d'identité devra obligatoirement être présentée aux animateurs).

Nom	Prénom	Téléphone 1	Téléphone 2	Lien de parenté

EXTRASCOLAIRE—VACANCES

Les inscriptions se font en Mairie 1 mois avant chaque période de vacances

Semaine du	Au	Semaine du	Au
Semaine du	Au	Semaine du	Au

Absence le :

AUTORISATIONS

- J'autorise la consultation du site CDAP (consultation des données allocataires partenaires) :

☐ OUI ☐ NON

- J'autorise mon enfant à participer aux diverses activités et sorties organisées par l'accueil de loisirs :

☐ OUI ☐ NON

- J'accepte que les photos et les vidéos dans lesquelles figurent mon enfant, prises dans le cadre des activités, soient diffusées dans les supports de communication (papier, numérique…) de la commune :

☐ OUI ☐ NON

- J'autorise mon enfant à monter dans les véhicules communaux et autre moyen de transport lors des déplacements de l'Accueil de Loisirs, ou autre :

☐ OUI ☐ NON

- Je déclare avoir pris connaissance du règlement du Pont des Loisirs ci-joint et reconnais accepter l'ensemble des dispositions :

☐ OUI ☐ NON

Je soussigné(e) _____ avoir le plein exercice de l'autorité parentale, j'atteste l'exactitude des renseignements ci-dessus et je m'engage à signaler toute modification des renseignements fournis.

Fait à _____, le _____

Signature du responsable légal
Précédé de la mention « lu et approuvé »

PIÈCES À FOURNIR

☐ Une photo au format identité
☐ L'attestation d'assurance de l'enfant 2023-2024 (responsabilité civile)
☐ Certificat médical ou copie du carnet de santé (où figure le DT Polio)
☐ Jugement de garde (le cas échéant)
☐ Attestation de quotient CAF de octobre 2022 et de octobre 2023 à compter du 1er janvier 2024

Pour les habitants de la commune :

☐Attestation de paiement CAF
☐ Avis d'imposition 2023 sur les revenus 2022

Le quotient communal est calculé sur la base de vos revenus.

ATTENTION
TOUT DOSSIER INCOMPLET SERA REFUSÉ

Liberté • Égalité • Fraternité
RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

MINISTÈRE DE LA JEUNESSE, DES SPORTS ET DE LA VIE ASSOCIATIVE

FICHE SANITAIRE DE LIAISON
DOCUMENT CONFIDENTIEL

NOM DU MINEUR : _____

PRENOM : _____

DATE DE NAISSANCE : _____/_____/_____

SEXE : ☐ M ☐ F

Cette fiche permet de recueillir des informations utiles concernant votre enfant (arrêté du 20 février 2003 relatif au suivi sanitaire des mineurs en séjour de vacances ou en accueil de loisirs).

VACCINATION

☐ Joindre une copie du carnet de vaccination où figure le vaccin obligatoire de la DT Polio ou un certificat médical stipulant que le vaccin est à jour.

RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LE MINEUR :

Poids : _____ kg Taille : _____cm
(informations nécessaires en cas d'urgence)

▪ Suit-il un traitement quotidien ? ☐ OUI ☐ NON

Si oui, joindre une ordonnance récente et les médicaments correspondants (boîtes de médicaments dans leur emballage d'origine marquées au nom de l'enfant avec la notice).

AUCUN MÉDICAMENT NE POURRA ÊTRE ADMINISTRÉ SANS ORDONNANCE

▪ ALLERGIES

Alimentaires : ☐ OUI ☐ NON

Médicamenteuses : ☐ OUI ☐ NON

Autres : ☐ OUI ☐ NON
(animaux, plantes, pollen...)

Précisez : _____

Si oui, joindre un **certificat médical** précisant la cause de l'allergie, les signes évocateurs et la conduite à tenir.

▪ Le mineur présente t-il un problème de santé ? ☐ OUI ☐ NON

Si oui précisez : _____

_____

_____

▪ P.A.I.* (Projet d'accueil individualisé) : ☐ OUI ☐ NON
*(*Fournir **obligatoirement** une copie actualisée du P.A.I.)*

Je soussigné(e) _____,
responsable légal du mineur, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et m'engage à les réactualiser si nécessaire. J'autorise le responsable de l'accueil de loisirs à prendre, le cas échéant, toutes mesures rendues nécessaires selon l'état de santé de ce mineur.

Date : Signature: