



## DOSSIER INSCRIPTION 2021/2022

Dossier périscolaire et extrascolaire

Nom de l'enfant :

Prénom :

Niveau scolaire 2021/2022 :

### PIECES A FOURNIR

Copie du livret de famille (ne pas fournir pour un renouvellement sauf si changement familial)	
1 Photo portrait récente de l'enfant	
Fiche de liaison (document joint) une partie est à faire compléter par le médecin.	
Attestation d'assurance en responsabilité civile ou extrascolaire pour l'année 2021-2022.	
Numéro CAF (Hérault) – dossier à jour faute de quoi vous devrez nous transmettre : . Copie de la feuille d'imposition des revenus 2019 déclarés en 2020 (à compter de janvier 2022 vous devrez transmettre la copie des revenus 2020 déclarés en 2021)	
Bénéficiaire de l'AIDE aux TEMPS LIBRES, copie de la notification délivrée par la CAF	
Règlement intérieur signé (visible sur le portail ou disponible au bureau)	

### DEPOT des dossiers au plus tard le 31 juillet 2021

Directement à l'accueil de loisirs ou en envoyant tous les documents scannés.

**Nb : seuls les dossiers complets seront traités.**

Pour tout renseignement complémentaire, n'hésitez pas à nous contacter

- soit par téléphone au 04 67 16 23 15
- soit par mail au : [portail-famille@ville-saintbres.fr](mailto:portail-famille@ville-saintbres.fr)

Cordialement,

<b>FICHE SANITAIRE DE LIAISON</b>	<b>1 - ENFANT</b>
	Nom : .....
	Prénom : .....
	Date de naissance : ...../...../.....
	GARCON <input type="checkbox"/> FILLE <input type="checkbox"/>

PHOTO DE L'ENFANT
----------------------

## 2 – CERTIFICAT MEDICAL (A FAIRE REMPLIR PAR LE MEDECIN)

Je soussigné(e) Docteur .....

Atteste que l'enfant : ..... Agé(e) de .....

Est apte à la vie collective, à pratiquer toutes les activités de l'Accueil de Loisirs Sans Hébergement sur site ou lors des activités accessoires et qu'il est à jour de ses vaccinations.

**Joindre la photocopie du carnet de santé avec inscription du nom de l'enfant (OBLIGATOIRE).**

SI L'ENFANT N'A PAS LES VACCINS OBLIGATOIRES, JOINDRE UN CERTIFICAT MEDICAL DE CONTRE-INDICATION.  
ATTENTION : LE VACCIN ANTI-TETANIQUE NE PRESENTE AUCUNE CONTRE-INDICATION

## 3 - RENSEIGNEMENTS MEDICAUX CONCERNANT L'ENFANT

L'enfant suit-il un traitement médical ? OUI       NON

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

**AUCUN MEDICAMENT NE POURRA ETRE DONNE ET PRIS SANS ORDONNANCE.**

### L'ENFANT A-T-IL DEJA EU LES MALADIES SUIVANTES ? (ENTOUREZ SI OUI)

RUBEOLE	VARICELLE	ANGINE	RHUMATISME ARTICULAIRE AIGÜ	SCARLATINE
	COQUELUCHE	OTITE	ROUGEOLE	OREILLONS

**ALLERGIES :**      ASTHME      ALLERGIES ALIMENTAIRES  
ALERGIES MEDICAMENTEUSES      AUTRES .....

Précisez la cause de l'allergie et la conduite à tenir (si automédication, le signaler).....  
.....

**INDIQUEZ CI APRES TOUTES AUTRES DIFFICULTES DE SANTE (ANTECEDENTS ET PATHOLOGIES EN COURS) :**

.....  
.....  
.....

Fait le .....

A .....

<b>DATE ET CACHET DU MEDECIN</b>
----------------------------------

## A COMPLETER PAR LES FAMILLES

---

### 4 - RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS

VOTRE ENFANT PORTE-T-IL DES LENTILLES, DES LUNETTES, DES PROTHESES AUDITIVES, DES PROTHESES DENTAIRES, ETC.....PRECISEZ :

.....  
.....  
.....  
.....

---

### 5 – RESPONSABLE LEGAL DU MINEUR

*(Dans le cas de séparation des parents, joindre le jugement fixant les modalités de garde)*

Nom :..... Prénom :.....

Adresse :.....  
.....

Profession père : ..... Profession mère : .....

Numéros de téléphone :

Mère : domicile \_\_\_\_\_ portable \_\_\_\_\_ travail \_\_\_\_\_

Père : domicile \_\_\_\_\_ portable \_\_\_\_\_ travail \_\_\_\_\_

Adresse mail : .....

### AUTORISATIONS :

*(Merci de cocher les cases correspondantes)*

J'autorise :

- à participer aux sorties
- publier des photos (publications municipales)
- mon enfant à rentrer seul

### Personnes autorisées à récupérer mon enfant :

*(Une pièce d'identité sera demandée à la personne)*

Nom..... Prénom.....Téléphone.....

Nom..... Prénom.....Téléphone.....

Nom..... Prénom.....Téléphone.....

Je soussigné(e) ..... Responsable légal de l'enfant, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise le responsable de la structure à prendre le cas échéant, toutes les mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de mon enfant.

DATE : .....

signature :



# REGLEMENT INTERIEUR

NOM et PRENOM : Madame.....et ou Monsieur.....

Responsable(s) légal(aux) de(des) l' enfant(s) :

NOM et PRENOM : .....

Scolarisé(s) à : Ville.....

Nom de l'école : .....

Déclare(ent) avoir pris connaissance du Règlement Intérieur du Centre de Loisirs « Le Pays des Etoiles » de la commune de Saint-Brès et l'accepter.

Le ..... à .....

Signature (s) :

MADAME

ET / OU

MONSIEUR