



Photo  
d'identité

## DOSSIER INSCRIPTION 2024/2025 Périscolaire et Centre de Loisirs

**Attention, votre enfant ne pourra être accueilli si son dossier n'est pas complet**  
**DEPOT DES DOSSIERS le 5 juillet 2024 au plus tard**

Maternelle                       Primaire                       Ados

Renouvellement     1<sup>ère</sup> inscription

### ENFANT / JEUNE :

NOM: ..... PRÉNOM: .....

DATE DE NAISSANCE: ..... SEXE:  F     M

POIDS de l'enfant à l'inscription : .....

CLASSE (en septembre): ..... ENSEIGNANT : .....

RÉGIME ALIMENTAIRE :  standard     sans porc  
 PAI (Projet d'Accueil Individualisé) joindre le document fourni par le médecin scolaire

N° téléphone du jeune : .....

### LES PARENTS :

#### Parent 1 (adresse de facturation) :

Nom : ..... Prénom : .....

Adresse : .....

.....

.....

**Email\*** : .....

N° de téléphone portable: ..... Travail: .....

Profession : .....

#### Parent 2 :

Nom : ..... Prénom : .....

Adresse : .....

.....

.....

Email : .....

N° de téléphone portable : ..... Travail: .....

Profession : .....

**\*Important pour réception des factures et des informations importantes**

<u>REGIME ALLOCATAIRE :</u> <input type="checkbox"/> CAF <input type="checkbox"/> MSA <input type="checkbox"/> Autre (Préciser) ..... N° allocataire (obligatoire) : .....	<u>AIDES FINANCIERES :</u> <input type="checkbox"/> CAF aides aux loisirs <input type="checkbox"/> MSA
--	--

<input type="checkbox"/> J'autorise	<input type="checkbox"/> Je n'autorise pas
La direction de l'ALSH à consulter les informations de mon dossier allocataire accessible par internet sur le service VACAF	
Date : .....     Signature :	

Je soussigné(e),.....  
responsable légal de l'enfant,.....  
déclare exact les renseignements portés sur cette fiche administrative.

Je reconnais avoir pris connaissance du nouveau Règlement Intérieur 2024 des structures ALSH et ALP

Fait à ..... Le .....

Signature des parents  
(Faire précéder la signature de la mention manuscrite « lu et approuvé »)



<b>Contacts :</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Bureau : 04-67-16-23-15</li> <li>• Portable : 06-02-15-77-42</li> </ul>	Mail : <a href="mailto:accueil.loisirs@ville-saintbres.fr">accueil.loisirs@ville-saintbres.fr</a>

❖ **PIÈCES A FOURNIR :**

- Dossier d'inscription et la fiche sanitaire dûment remplies
- Dernier avis d'imposition 2024 sur 2023 (envoi par mail avant fin septembre)
- Photocopie des pages du carnet de vaccination à jour
- Photocopie du quotient Familial
- Photocopie des aides financières CAF (aide aux temps libre mail reçu en février 2024)
- Attestation d'assurance (extrascolaire ou responsabilité civile)
- Une photo récente de l'enfant (format identité si possible)

# AUTORISATION PARENTALE VALABLE POUR TOUTE L'ANNÉE SCOLAIRE 2024-2025

Je soussigné(e), .....  
Responsable légal de l'enfant,.....

Autorise les personnes suivantes à venir chercher mon enfant à l'accueil de l'ALSH ou l'ALP (fournir un numéro de téléphone)

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

Autorise l'équipe d'animation à le prendre en photo pendant les activités de l'ALSH-ALP et à la diffusion des photos lors de publications municipales.

Autorise les responsables du centre à faire soigner mon enfant et à prendre toutes les mesures rendues nécessaires en cas d'accident.

Autorise le directeur du centre et toutes les personnes mandatées par lui, à transporter mon enfant en voiture en cas de nécessité.

Autorise mon enfant à partir seul du centre/club ados (horaire à définir avec les parents).

Fait à ..... Le .....

Signature des parents

(Faire précéder la signature de la mention manuscrite « lu et approuvé »)

### Contacts :

- Bureau : 04-67-16-23-15
- Portable: 06-02-15-77-42

Mail : [accueil.loisirs@ville-saintbres.fr](mailto:accueil.loisirs@ville-saintbres.fr)



PREFET DE L'HERAULT



NOM DU MINEUR : .....

PRENOM : .....

DATE DE NAISSANCE : ...../...../.....

SEXE : M  F

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

1-VACCINATION (se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccinations)

VACCINATIONS OBLIGATOIRES	Oui	Non	DATES DES DERNIERS RAPPELS	VACCINS RECOMMANDÉS	DATES
Diphthérie				Coqueluche	
Tétanos				Haemophilus	
Poliomyélite				Rubéole-Oreillons-Rougeole	
				Hépatite B	
				Pneumocoque	
				BCG	
				Autres (préciser)	

SI LE MINEUR N'A PAS LES VACCINS OBLIGATOIRES JOINDRE UN CERTIFICAT MÉDICAL DE CONTRE-INDICATION.

2-RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LE MINEUR

Poids : .....kg ; Taille : .....cm (informations nécessaires en cas d'urgence)

Suit-il un traitement médical pendant le séjour ?  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  
 MEDICAMENTEUSES  oui  non  
 AUTRES (animaux, plantes, pollen) :  oui  non  
 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, si oui préciser  oui  non

3-RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS

Port des lunettes, de lunettes, d'appareil dentaire ou auditif, comportement de l'enfant, difficultés de sommeil, énurésie nocturne, etc...

4-RESPONSABLES DU MINEUR

Responsable N°1 : NOM : ..... PRÉNOM : .....

ADRESSE : .....

TEL DOMICILE : .....

TEL PORTABLE : .....

Responsable N°2 : NOM : ..... PRÉNOM : .....

ADRESSE : .....

TEL DOMICILE : .....

TEL PORTABLE : .....

NOM ET TEL MEDECIN TRAITANT : .....

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 : .....