

# DOSSIER INDIVIDUEL D'INSCRIPTION

## 1. L'ENFANT

Nom : ..... Prénom : ..... Sexe : M  F   
Né-e le : ..... / ..... / ..... Ville : ..... Nationalité : .....  
Nom établissement scolaire : ..... Classe : .....

## 2. LA FAMILLE

Monsieur\*  Madame\*  Monsieur et Madame\*  (\*intitulé souhaité pour la correspondance)  
Situation Familiale :  Célibataire  Divorcé (e)  Marié (e)  Pacsé (e)  Séparé (e)  
 Union maritale  Veuf (ve).

Adresse : .....

Code Postal : ..... Ville : .....

 Domicile : ..... / ..... / ..... / .....

 Mobile : ..... / ..... / ..... / .....

E-mail : ..... @ .....

Sécurité Sociale de rattachement de l'enfant : Père  Mère  N° S.S. : ..... / ..... / ..... / .....

Régime social de rattachement : Général  Agricole (MSA)  Autres

N° allocataire CAF : .....

Ou Quotient : .....

N° allocataire MSA : ..... / ..... / ..... / .....

Compagnie d'assurance <sup>(1)</sup> de la RC : .....

N° de police d'assurance : ..... Date d'échéance : ..... / ..... / .....

## 3. ETAT CIVIL DES PARENTS

### RESPONSABLE 1

Nom : ..... Prénom : .....

Né-e le : ..... / ..... / .....

Ville : .....

Nationalité : .....

C.S.P (se référer au guide en fin de dossier) : .....

Adresse (si différente « FAMILLE ») : .....

 Mobile : ..... / ..... / ..... / .....

 Lieu de travail : ..... / ..... / ..... / .....

E-mail (si différent « FAMILLE ») : .....

@ .....

**Autorité Parentale :**

Oui  Non

### RESPONSABLE 2

Nom : ..... Prénom : .....

Né-e le : ..... / ..... / .....

Ville : .....

Nationalité : .....

C.S.P (se référer au guide en fin de dossier) : .....

Adresse (si différente « FAMILLE ») : .....

 Mobile : ..... / ..... / ..... / .....

 Lieu de travail : ..... / ..... / ..... / .....

E-mail (si différent « FAMILLE ») : .....

@ .....

**Autorité Parentale :**

Oui  Non

**4. FICHE SANITAIRE DE LIAISON**

**ATTESTATION MÉDICALE DE VACCINATION**

Je soussigné-e Docteur :

.....

Certifie que l'enfant : Nom.....Prénom.....

- Est à jour de ses vaccinations
- Est apte à la vie en collectivité
- Est apte à la pratique des activités physiques et sportives

Fait à ..... le .....

**Signature et cachet**

ALLERGIES	Oui	Non	Commentaires et conduites à tenir
<i>Pollens – Acariens et graminées</i>			
<i>Alimentaires</i>			
<i>Médicamenteuses</i>			
<i>Autres</i>			

**POUR MIEUX VOUS ACCUEILLIR :**

Votre enfant a-t-il un dossier à la Maison Départementale des Personnes Handicapées (MDPH) ? Oui  Non

Si oui, merci de préciser la référence du dossier : .....

Bénéficiez-vous de l'Allocation d'Education de l'Enfant Handicapé (AEEH) versée par la CAF ? Oui  Non

Existe-t'il un Projet d'Accueil Individualisé (PAI), dans un des établissements (scolaire, associations diverses...) déjà fréquenté par votre enfant? Oui  Non

REGIME ALIMENTAIRE	Commentaires

Nom du MEDECIN traitant	ADRESSE	

**Recommandations utiles des parents (lunettes, prothèses...)**

.....

## 5. LES AUTORISATIONS PARENTALES

Je (nous) soussigné(s), .....

5.1 **AUTORISE(NT)** mon enfant à rentrer seul à son domicile à l'issue de la journée d'accueil de loisirs (ALSH) :  
Oui  Non

5.2 **AUTORISE(NT)** mon enfant à prendre un moyen de transport en commun dans le cadre des activités organisés par L'ALSH :  
Oui  Non

5.3 **AUTORISE(NT)** les personnes citées ci-dessous à venir chercher mon enfant à l'accueil de loisirs :

PRENOM - NOM	Adresse	☎	A contacter en cas d'urgence	
			Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
			Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
			Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
			Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>

5.4 **AUTORISE(NT)** que mon enfant soit filmé et/ou photographié aux fins d'utilisation par :

- L'accueil de loisirs (*journal de bord, fresque ...*) Oui  Non
- La presse Locale Oui  Non
- Le site internet et la page Facebook du PLPR Oui  Non

5.5 **AUTORISE(NT)** le personnel de l'accueil de loisirs à prendre toutes les initiatives nécessaires en cas d'accident ou de maladie subite de mon enfant.

- Dont transfert aux urgences Oui  Non

**DECHARGE(NT)** la direction de l'ALSH de toutes responsabilités pendant le trajet jusqu'à l'hôpital.

**AUTORISE(NT)** l'équipe médicale à pratiquer les gestes qu'elle jugera indispensables au regard de l'état de santé de mon enfant.

**DEMANDE(NT)** au responsable de l'ALSH :

- En cas de maladie de mon enfant, d'administrer sous ma responsabilité, les médicaments prescrits par son médecin traitant suivant le double de l'ordonnance :  
Oui  Non
- En cas de fièvre, d'administrer sous ma responsabilité, les antipyrétiques selon les prescriptions du médecin traitant :  
Oui  Non
- D'administrer une crème homéopathique en cas de chutes :  
Oui  Non

5.6 **AUTORISE(NT)** la direction de L'ALSH à consulter le portail « Mon compte Partenaire CAF », afin de déterminer le quotient familial à appliquer :  
Oui  Non

5.7 **CERTIFIE(NT)** avoir pris connaissance du règlement intérieur ainsi que du projet pédagogique de l'accueil de loisirs.

## **6. MODALITES DE FACTURATION et de PAIEMENT**

Les factures seront envoyées par mail tous les mois.

Le règlement des factures se fera par :

Prélèvement automatique  Chèque  Espèces  Chèques vacances  Coupons sports   
(Le 6 de chaque mois)

**Signature du responsable légal 1**

*Date et mention « lu et approuvé »*

**Signature du responsable légal 2**

*Date et mention « lu et approuvé »*

---

### **GUIDE PRATIQUE**

#### **Onglet « ENFANT »**

- ✓ Ne pas oublier de renseigner l'établissement scolaire et la classe si vous utilisez un service d'accueil périscolaire.

#### **Onglet FAMILLE**

- ✓ **Le PLPR pratique des tarifs selon le quotient familial**, il sera procédé à l'actualisation de ce quotient chaque année. Il appartient à la famille de communiquer au Patronage Laïque du Pilier Rouge une modification de ce quotient. Si la famille ne souhaite pas transmettre son numéro d'allocataire ou son QF, le tarif de la tranche la plus haute sera automatiquement appliqué.
- ✓ **Assurances** : Le PLPR vous conseille de souscrire un « contrat d'assurance de personnes couvrant les dommages corporels auxquels vos enfants peuvent être exposés lors de leur participation aux activités ». En référence à l'article L 227-5 du Code de l'Action Sociale et de la Famille.

#### **Onglet « ETAT CIVIL DES PARENTS »**

- ✓ **CSP à renseigner ; au choix** : Agriculteur – Artisan – commerçant – Chef d'entreprise – Cadre – Congés Parental – Demandeur d'emploi – Employé – Etudiants – Père/Mère au foyer – Militaire – Ouvrier – Profession Libérale – Retraité – Sans activité professionnelle – Technicien.

#### **Onglet « AUTORISATIONS PARENTALES »**

- ✓ Le projet éducatif de l'Association et le projet pédagogique de l'ALSH sont sur place, 2 rue de Fleurus 29200 Bresto. L'acceptation du Règlement Intérieur de l'ALSH conditionne l'inscription de votre enfant à l'ALSH.

#### **Onglet « MODALITES DE FACTURATION ET DE PAIEMENT »**

- ✓ Si vous choisissez la facturation par prélèvement automatique, il vous sera demandé de fournir un R.I.B.
- ✓ Vous avez également la possibilité, en choisissant le prélèvement automatique, de mensualiser vos paiements. Renseignez-vous auprès du responsable pour la mise en place.