**RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS**

Précisez si votre enfant porte des lentilles, lunettes, des prothèses dentaires ou auditives, etc, …

…………………………………………………………………………………………………………………….………………………...………………………………………………………………

**Assurance** (joindre justificatif) : ………………...………… N° de police : ……………………

**Je reconnais avoir pris connaissance du règlement intérieur ainsi que de la tarification en cours et autorise mon enfant à participer à toutes les activités et les sorties organisées par le centre de loisirs. Je déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche.**

**Tout dossier incomplet ne sera pas accepté.**

**Attention ! :Pour justifier le droit au tarif réduit** (applicable pour les familles ayant un quotient familial inférieur à 800), veuillez ***joindre soit une attestation de quotient familial CAF, soit votre avis d’imposition ou de non-impositon (n-2) ainsi que votre attestation de paiement ou de non-paiement de l’organisme qui verse les prestations familiales*** (CAF, MSA, SNCF, RATP, Caisse Maritime, …).

**Sans la remise de ces documents, la tarification maximale vous sera attribuée.**

Fait à Saint-Côme et Maruéjols,

Date : …………/…………/…….…

Signature du Responsable Légal

*Joindre :*

* *photocopie du carnet de santé,*
* *attestation d’assurance, (attention un 2ème exemplaire vous sera demandé à l’école)*
* *ordonnance si nécessaire,*
* *justificatif quotient familial,*
* *moyen de règlement (chèque ou espèces) pour le compte TAP NAP.*

**Dossier d’Inscription à l’Accueil de Loisirs 2018/2019**

* **ENFANT**

Nom : …………………….……… Prénom : …………………….……  Garçon  Fille

Date de naissance : l\_\_l\_\_ll\_\_l\_\_ll\_\_l\_\_l\_\_l\_\_l à ……………………...…………….. Département : .............

Adresse : ……………………………………………………………...………………………….…

………………………………………………………………………………………………………

Code postal : …….……………………Commune : ……………………………………….………

Classe :  PS  MS  GS  CP  CE1  CE2  CM1  CM2

**Personnes autorisées à récupérer mon enfant (une pièce d’identité sera demandée) :**

Nom-Prénom : …………………………. Téléphone : \_\_\_ \_\_\_ \_\_\_ \_\_\_ \_\_\_ Lien de parenté : ……………

Nom-Prénom : …………………………. Téléphone : \_\_\_ \_\_\_ \_\_\_ \_\_\_ \_\_\_ Lien de parenté : ……………

Nom-Prénom : …………………………. Téléphone : \_\_\_ \_\_\_ \_\_\_ \_\_\_ \_\_\_ Lien de parenté : ……………

* **RESPONSABLE LEGAL DE L’ENFANT :**

Mère : ………..………………..…………….. Père : …………………………….………..……

**Situation familiale :**

 Concubin(e)  Célibataire  Marié(e)  Pacsé(e)  Séparé(e)  Divorcé(e)  Veuf(ve)

Nombre d’enfants à charge : l\_\_l\_\_l

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **Père** (ou autre : ……………………) | **Mère**(ou autre : …………………) |
| **NOM PRENOM** |  |  |
| **Adresse**  **(si différente de l’enfant)** |  |  |
| **N° téléphone domicile** |  |  |
| **N° téléphone portable** |  |  |
| **Adresse mail** |  |  |
| **Profession** |  |  |
| **N° téléphone professionnel** |  |  |

**Adresse mail (obligatoire pour l’inscription via TAP/NAP) :**

………………………………………………………………………………………………

Choisissez une adresse **mail régulièrement consultée**, afin d’une part de recevoir les alertes mails pour les rappels d’inscription, ainsi que toutes les informations concernant l’accueil de loisirs. Si vous souhaitez être informé par un autre moyen merci de le signaler en mairie.

* **REGIME ALLOCATAIRE:**

🞎 **CAF** : n° allocataire (7 chiffres + 1 lettre) : l\_\_l\_\_l\_\_l\_\_l\_\_l\_\_I\_\_l l\_\_l

🞎 **MSA** : n° l\_\_l l\_\_l\_\_l l\_\_l\_\_l l\_\_l\_\_l l\_\_l\_\_l\_\_l l\_\_l\_\_l\_\_l l\_\_l\_\_l

🞎 **Autres** (SNCF, CaisseMaritime, RATP,…) à préciser :…………………

* **MÉDECIN TRAITANT**

Nom : ……………………………………………. Prénom : ………………………………………

Adresse :…………………………...……………………….………………………….……………

Code Postal : …………………….. Commune : ………………………………………………..…

Téléphone : ………………………………………….

* **VACCINATIONS**

**(se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccination,** *joindre justificatif : photocopie du carnet de santé)*

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Vaccins obligatoires** | **Dates vaccins** | | | **Date**  **1er rappel** | **Date**  **2ème rappel** |
| Diphtérie / Tétanos  (jusqu’à 18 mois) |  |  |  |  |  |
| Poliomyélite  (rappel jusqu’à 13 ans) |  |  |  |  |  |

* **AUTORISATION AUX SOINS MEDICAUX**

Je soussigné(e), Mme / Mr ………………………………………… responsable légal de l'enfant :

……………………………………………………………………………..………………………….

Autorise le responsable du centre de loisirs ou son représentant à prendre toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l’état de mon enfant selon les prescriptions du corps médical. Le SAMU et les parents seront immédiatement contactés. Je m’engage à rembourser le montant de tous les frais engagés.

* **REGIME ALIMENTAIRE :**

L’enfant a-t-il des habitudes alimentaires particulières ?

Si oui, lesquelles :

……………………………………………………………………………..………………………………

……………………………………………………………………………..………………………………

* **RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX CONCERNANT L'ENFANT**

L'enfant suit-il un traitement médical ? ** oui \*  non**

\* Si oui, joindre une ordonnance récente et les médicaments correspondants (boîtes de médicaments dans leurs emballages d'origines marquées au nom de l'enfant avec la notice).

**Aucun médicament ne pourra être pris sans ordonnance datée et signée du médecin.**

**Votre enfant est-il :** Asthmatique : ** oui  non**

Allergique - Médicamenteuses- : ** oui  non**

* Alimentaires : ** oui  non**
* Autres : ……………………………………….………………

Existe-t-il un P.A.I (Plan d’ Aide Individualisé) à l’école ? ** oui  non**

si oui, j'autorise le responsable du centre de loisirs à prendre connaissance du PAI établi avec l'école

** oui  non**

**PRÉCISEZ LA CAUSE DE L'ALLERGIE ET LA CONDUITE A TENIR**

**(si automédication le signaler)**

……………………………………………………………………………..………………..………………

……………………………………………………………………………..………………..………………

**INDIQUEZ CI-APRES :**

Si votre enfant est en situation de handicap : ** oui  non**

Si oui, une rencontre avec l’équipe de direction doit être prévue avant chaque accueil.

Les **difficultés de santé** (maladie, accident, crises convulsives, hospitalisation, opération, rééducation) en précisant les dates et les **précautions à prendre :**

……………………………………………………………………………..……………………..………

……………………………………………………………………………..………………………..……

J’autorise le Centre de Loisirs de Saint-Côme et Maruéjols à utiliser l’image de mon enfant sur support photographique ou informatique, pour la présentation et l’illustration des activités du centre à durée indéterminée. Une exploitation de ces photos et de ces vidéos est à but non commercial.

 Oui  Non