



**DOSSIER UNIQUE D'INSCRIPTION**  
**Pôle de Proximité du Val de Saire**  
 A.L.S.H (mercredis et vacances) / Multisites (vacances)  
 Garderie et Temps d'Activité Péri-éducatifs (T.A.P)  
 Année scolaire 2017/2018

**ENFANT** (Nom prénom) : \_\_\_\_\_ **ECOLE** : \_\_\_\_\_ **CLASSE** : \_\_\_\_\_

**Date de naissance** : \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ à \_\_\_\_\_ **Sexe** : M  F   
**Nom du médecin** : \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  
**N° de sécurité sociale** : \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ (celui dont dépend l'enfant).  
**Recommandations médicales** (asthme, allergies, PAI, traitements médicaux) :

**FAMILLE**

<p><b>RESPONSABLE 1</b> :    <input type="checkbox"/>Mère   <input type="checkbox"/>Père   <input type="checkbox"/>Autre<input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/>Marié(e)   <input type="checkbox"/>Pacsé(e)   <input type="checkbox"/>Célibataire   <input type="checkbox"/>Veuf (veuve)  <input type="checkbox"/>Divorcé(e)   <input type="checkbox"/>Vie maritale</p> <p>NOM-Prénom : _____</p> <p>Adresse : _____</p> <p>Code postal : _____ Ville : _____</p> <p>Profession : _____</p> <p> Domicile : ____ / ____ / ____ / ____ / ____</p> <p> Portable : ____ / ____ / ____ / ____ / ____</p> <p> Travail : ____ / ____ / ____ / ____ / ____</p> <p>@ : _____</p> <p>Régime social : CAF <input type="checkbox"/>   MSA <input type="checkbox"/>   AUTRE <input type="checkbox"/></p> <p>N° Allocataire: _____</p> <p>Validité assurance responsabilité civile : _____</p>	<p><b>RESPONSABLE 2</b> :    <input type="checkbox"/>Mère   <input type="checkbox"/>Père   <input type="checkbox"/>Autre<input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/>Marié(e)   <input type="checkbox"/>Pacsé(e)   <input type="checkbox"/>Célibataire   <input type="checkbox"/>Veuf (veuve)  <input type="checkbox"/>Divorcé(e)   <input type="checkbox"/>Vie maritale</p> <p>NOM-Prénom : _____</p> <p>Adresse : _____</p> <p>Code postal : _____ Ville : _____</p> <p>Profession : _____</p> <p> Domicile : ____ / ____ / ____ / ____ / ____</p> <p> Portable : ____ / ____ / ____ / ____ / ____</p> <p> Travail : ____ / ____ / ____ / ____ / ____</p> <p>@ : _____</p> <p>Régime social : CAF <input type="checkbox"/>   MSA <input type="checkbox"/>   AUTRE <input type="checkbox"/></p> <p>N° Allocataire: _____</p> <p>Validité assurance responsabilité civile : _____</p>
--	--

**AUTORISATIONS DE DEPART DES ACTIVITÉS**

Mon enfant est autorisé à repartir seul des activités suivantes\* :

A.L.S.H Montfarville    Multisites    T.A.P     GARDERIE

*\* Uniquement pour les enfants à partir du CP ; les conditions horaires de départ sont à voir avec chaque structure gestionnaire*

Mon enfant est autorisé (en dehors des parents) à repartir uniquement avec les **personnes majeures** citées ci-dessous :

NOM-Prénom : \_\_\_\_\_ : \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

NOM-Prénom : \_\_\_\_\_ : \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

NOM-Prénom : \_\_\_\_\_ : \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

NOM-Prénom : \_\_\_\_\_ : \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

NOM-Prénom : \_\_\_\_\_ : \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

## PERISCOLAIRE

### GARDERIE

#### Présence Garderie matin (7h45 - 9h00)

lundi  mardi  mercredi  jeudi  vendredi   
occasionnelle

#### Présence Garderie après-midi (16h00-16h30 ou 16h15-16h45 selon les écoles)

lundi  mardi  jeudi  vendredi   
occasionnelle

#### Présence Garderie soir (16h30 ou 16h45 - 18h15 selon les écoles) et mercredi midi (12h00-12h30)

lundi  mardi  mercredi (midi)  jeudi  vendredi   
occasionnelle

#### Pour l'envoi des factures, merci de préciser :

Qui a la charge financière de l'enfant : \_\_\_\_\_

Adresse de facturation : \_\_\_\_\_

### T.A.P

J'inscris mon enfant aux Temps d'Activité Péri-éducatifs.

Inscription à l'année pour une séance d'1h30 par semaine

Rappel : Quettehou, les mardis de 15h15 à 16h45  
Réville et Montfarville, les jeudis de 15h00 à 16h30  
Teurthéville-Bocage, les vendredis de 15h15 à 16h45  
Saint-Vaast-la-Hougue, les vendredis de 15h00 à 16h30

### TRANSPORT SCOLAIRE



Les renseignements ci-dessous sont demandés uniquement à titre indicatif, afin de faciliter la continuité de prise en charge de votre enfant. Inscription auprès du Conseil Départemental.

Lundi	Mardi	Mercredi	Jeudi	Vendredi
<input type="checkbox"/> Matin	<input type="checkbox"/> Matin	<input type="checkbox"/> Matin	<input type="checkbox"/> Matin	<input type="checkbox"/> Matin
<input type="checkbox"/> A-M	<input type="checkbox"/> A-M	<input type="checkbox"/> Midi	<input type="checkbox"/> A-M	<input type="checkbox"/> A-M

Penser à prévenir les agents en cas de modification.

## A.L.S.H MONTFARVILLE MULTISITES

### MERCREDIS

- J'inscris mon enfant aux activités A.L.S.H. du mercredi avec transport et repas



Inscription à l'année pour le transport

Le règlement doit être effectué le premier mercredi de chaque période.

*(Sous risque de ne pas avoir de prise en charge de l'enfant les mercredis suivants)*

*(Fournir un gilet jaune pour le transport en bus. Selon les inscriptions dans les écoles, un transport peut-être mis en place, par un véhicule de service du pôle de Proximité du Val de Saire.)*

- J'inscris mon enfant aux activités A.L.S.H. du mercredi (sans transport ni repas).

Inscription au plus tard, le mardi précédent. Les places peuvent être limitées selon les activités.

- J'autorise mon enfant à participer aux sorties baignades organisées dans le cadre des activités des mercredis

### VACANCES

- J'inscris mon enfant aux activités A.L.S.H. vacances ou MULTISITES selon le planning donné à chaque inscription.

- J'autorise mon enfant à participer aux sorties baignades organisées dans le cadre des activités durant les vacances scolaires



## AUTORISATION PARENTALE - DECHARGE DE RESPONSABILITE

Je déclare avoir pris connaissance et accepte les conditions de fonctionnement et les règlements intérieurs des activités organisées par le service jeunesse et sport du pôle de Proximité du Val de Saire.

Je soussigné(e), Mme/M \_\_\_\_\_ responsable(s) légal/légaux :

- Certifie exact les renseignements portés sur ce dossier d'inscription.
- Autorise mon enfant à utiliser les transports mis à disposition pour les sorties éventuelles.
- Mon enfant est sous la responsabilité des animateurs uniquement après inscription et durant sa présence aux activités.
- Dégage le pôle de Proximité du Val de Saire de toutes responsabilités pour tout accident pouvant survenir en dehors des horaires de fonctionnement des activités organisées.
- Dégage le pôle de Proximité du Val de Saire de toutes responsabilités en cas de perte, de vol ou dégradations d'effets personnels (vêtements, bijoux, jouets...).
- M'engage à signaler immédiatement toutes modifications d'adresse ou de coordonnées.
- Autorise les animateurs et/ou journalistes à prendre et publier des photos et vidéos de mon enfant dans le cadre des activités du service jeunesse et sport.
- **Aucun traitement ne sera administré sans l'ordonnance médicale et l'autorisation écrite des parents.**

Le \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Signature des parents (ou du responsable légal)

### DOCUMENTS À FOURNIR POUR L'INSCRIPTION

Cadre réservé à l'administration

- Dossier unique d'inscription
- Fiche sanitaire
- Photocopie des vaccins de l'enfant
- Attestation d'assurance responsabilité civile
- Justificatif de prestations CAF ou MSA pour les bénéficiaires d'allocations familiales
- Photocopie des « bons vacances » MSA pour les bénéficiaires
- Autorisation prélèvement (mandat SEPA et contrat prélèvement) et R.I.B

Dossier validé par : \_\_\_\_\_

Date : \_\_\_\_\_



**INDIQUEZ CI-APRÈS :**

**LES DIFFICULTÉS DE SANTÉ (MALADIE, ACCIDENT, CRISES CONVULSIVES, HOSPITALISATION, OPÉRATION, RÉÉDUCATION) EN PRÉCISANT LES DATES ET LES PRÉCAUTIONS À PRENDRE.**

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

**4 - RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS**

**VOTRE ENFANT PORTE-T-IL DES LENTILLES, DES LUNETTES, DES PROTHÈSES AUDITIVES, DES PROTHÈSES DENTAIRES, ETC... PRÉCISEZ.**

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

**5 - RESPONSABLE DE L'ENFANT**

NOM..... PRÉNOM.....

ADRESSE (PENDANT LE SÉJOUR).....

TÉL. FIXE (ET PORTABLE), DOMICILE :..... BUREAU :.....

NOM ET TÉL. DU MÉDECIN TRAITANT (FACULTATIF).....

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

Date :

Signature :

**A REMPLIR PAR LE DIRECTEUR A L'ATTENTION DES FAMILLES**

**COORDONNÉES DE L'ORGANISATEUR DU SÉJOUR OU DU CENTRE DE VACANCES**

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

**OBSERVATIONS**

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