



DOSSIER D'INSCRIPTION AU « SPOT »

Liste des documents à fournir pour valider le dossier d'inscription :

- Fiche d'inscription (**Annexe 1**),
- Fiche sanitaire de liaison (**Annexe 2**),
- Récépissé du règlement intérieur complété et signé (document à découper dans le règlement intérieur),
- Attestation d'assurance civile extra-scolaire, à jour (l'attestation de la MAE est valable uniquement si vous avez opté pour la formule supérieure FSUP) et l'attestation d'assistance aux personnes ou le coupon joint au dossier,
- Adhésion de 10€
- Attestation, la carte d'adhérent ou le contrat de la mutuelle,
- Procuration individuelle, le cas échéant (**Annexe 3**).
- Autorisation de sortie de territoire
<https://www.service-public.fr/simulateur/calcul/15646-01>
N'oubliez pas d'accompagner cette autorisation des copies de votre carte nationale d'identité et de celle de votre/vos enfants.
- Copie du Test Préalable aux Activités Nautiques (PAN)

ANNEXE 1 : FICHE D'INSCRIPTION AUX SERVICES

Merci de retourner impérativement un dossier par enfant

ENFANT : NOM.....PRENOM.....

DATE ET LIEU DE NAISSANCE.....

Sexe : Masculin Féminin 1^{er} enfant 2^{ème} enfant ou plus (1)

Etablissement scolaire.....Classe

SITUATION FAMILIALE : (2) célibataire – vie maritale – marié(e) – veuf(ve) – séparé(e) – divorcé(e)

Pour les couples séparés, divorcés : garde de l'enfant attribuée : Alternée – au père – à la mère – aux grands-parents – au tuteur

Compléter impérativement le tableau, ci-dessous, quelque soit la situation familiale

	REPRESENTANT LEGAL	CONJOINT
Nom		
Prénom		
Adresse		
Téléphone domicile		
Téléphone travail		
Portable		
Profession		
Nom employeur		
Adresse employeur		
Nombre d'enfants à charge		

En cas d'urgence, première personne à avertir : numéroter par priorité

Père..... Mère..... Autre Personne.....

Nom-prénom autre personne	N° tél domicile	N° tél travail	N° portable

Nom et Prénom du médecin

traitant :

Commune : ☎ :

Numéro d'allocataire CAF :

Adresse Mail : @

(1) : cocher la case correspondante - (2) : rayer les mentions inutiles

AUTORISATION PARENTALE

Je, soussigné(e) NOM.....PRENOM.....

Père, mère ou tuteur (rayer les mentions inutiles), déclare inscrire mon enfant à l'ALSH Ados du services péri et extrascolaires de la Commune d'AHETZE et l'autorise à pratiquer l'ensemble des activités proposées, à l'exception de

Baignade (1) autorisée non autorisée nageur non nageur

Test PAN

J'autorise les responsables des services (cocher) :

à faire soigner mon enfant et à faire pratiquer les interventions d'urgence, éventuellement sous anesthésie générale, suivant les prescriptions médicales.

J'autorise l'Accueil des services (cocher) : oui non

A photographier mon enfant dans le cadre des activités développées à l'ALSH, A enregistrer la participation de mon enfant dans un film, un vidéogramme ou un DVD, CD-ROM,

A reproduire, représenter, publier, diffuser, enregistrer ou exploiter librement les images ainsi réalisées, dans le cadre de ses activités habituelles de diffusion audiovisuelles ou éditoriales.

Je déclare (cocher) :

avoir pris connaissance du règlement intérieur et m'engage à le respecter.

accepter les conditions énoncées ci- après :

1- La commune d'Ahetze ne pourra être tenue responsable de toute modification ou annulation des programmes, rendues nécessaires par les circonstances.

2- Compte-tenu de la responsabilité de l'équipe d'animation relative à la sécurité des usagers et à son rôle éducatif, la Direction pourra prendre toutes mesures qu'elle jugera nécessaire, à l'encontre d'un enfant dont le comportement mettrait en danger autrui ou porterait atteinte à la moralité et aux règles élémentaires de politesse et de respect.

Fait à le

Signature du représentant légal

ANNEXE 3 : PROCURATION INDIVIDUELLE

Je, soussigné(e) NOM..... PRENOM.....

Père, mère ou tuteur (rayer les mentions inutiles),

AUTORISE

Civilité						
Nom						
Prénom						
Lien de parenté						
Téléphone domicile						
Téléphone travail						
Portable						
Signature de la personne autorisée						



A VENIR CHERCHER MON ENFANT

Nom : Prénom : Né(e) le :

Et ce lorsque cela sera nécessaire.

Fait à, le

Signature :

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

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