



**A retourner au plus tard
le 07/07/2023
auprès de la Direction Enfance-Jeunesse**

DOSSIER D'INSCRIPTION SERVICE ENFANCE-JEUNESSE

**Nous vous rappelons que toute modification de situation (familiale, emploi, adresse, téléphone, mail...)
doit nous être indiquée le plus rapidement possible.**

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),
- Notification ATL de la CAF pour les bénéficiaires,
- Numéro d'allocataire C.A.F,
- 1 photo,
- Attestation d'assurance en responsabilité civile extrascolaire, à jour (l'attestation de la MAE est valable uniquement si vous avez opté pour la formule supérieure FSUP).
- Copie de la taxe d'habitation,
- Attestation, la carte d'adhérent ou le contrat de la complémentaire santé,
- Procuration individuelle, le cas échéant (**Annexe 3**),
- Test P.A.N. (Préalable aux Activités Nautiques) pour les enfants à partir du CE2,
- Autorisation de sortie de territoire à mettre en place pour 1 an (<https://www.service-public.fr/simulateur/calcul/15646>), n'oubliez pas d'accompagner cette autorisation des copies de votre carte nationale d'identité et de celle de votre/vos enfants.

Fiches de réservation

Annexe 4 : Ouverture ALSH entre septembre 2023 et août 2024

Annexe 5: Inscription de mon enfant à l'année à la cantine scolaire et à l'accueil périscolaire

Annexe 6: Inscription de mon enfant au mois à la cantine scolaire et à l'accueil périscolaire

Annexe 7 : Inscription de mon enfant à l'année ou au trimestre à l'ALSH des mercredis scolaires

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 :  :

N° 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 aux services péri et extrascolaires 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 (Préalable Activités Nautiques)

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.

J'autorise l'Accueil des services à maquiller mon enfant en fonction des projets d'animation (allergies).

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



FICHE SANITAIRE DE LIAISON

1 - ENFANT

NOM : _____

PRÉNOM : _____

DATE DE NAISSANCE : _____

GARÇON FILLE

DATES ET LIEU DU SÉJOUR :

CETTE FICHE PERMET DE RECUEILLIR DES INFORMATIONS UTILES PENDANT LE SÉJOUR DE L'ENFANT ; ELLE ÉVITE DE VOUS DÉMUNIR DE SON CARNET DE SANTÉ ET VOUS SERA RENDUE À LA FIN DU SÉJOUR.

2 - VACCINATIONS (se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccinations de l'enfant).

| VACCINS OBLIGATOIRES | oui | non | DATES DES DERNIERS RAPPELS | VACCINS RECOMMANDÉS | DATES |
|----------------------|-----|-----|----------------------------|----------------------------|-------|
| Diphtérie | | | | Hépatite B | |
| Tétanos | | | | Rubéole-Oreillons-Rougeole | |
| Poliomyélite | | | | Coqueluche | |
| Ou DT polio | | | | Autres (préciser) | |
| Ou Tétracoq | | | | | |
| BCG | | | | | |

SI L'ENFANT N'A PAS LES VACCINS OBLIGATOIRES JOINDRE UN CERTIFICAT MÉDICAL DE CONTRE-INDICATION
ATTENTION : LE VACCIN ANTI-TÉTANIQUE NE PRÉSENTE AUCUNE CONTRE-INDICATION

3 - RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX CONCERNANT L'ENFANT

L'enfant 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 pris sans ordonnance.

L'ENFANT A-T-IL DÉJÀ EU LES MALADIES SUIVANTES ?

| | | | | |
|---|--|---|--|---|
| RUBÉOLE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> | VARICELLE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> | ANGINE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> | RHUMATISME ARTICULAIRE AIGÛ OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> | SCARLATINE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> |
| COQUELUCHE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> | OTITE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> | ROUGEOLE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> | OREILLONS OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> | |

ALLERGIES : ASTHME oui non MÉDICAMENTEUSES oui non
ALIMENTAIRES oui non AUTRES.....

PRÉCISEZ LA CAUSE DE L'ALLERGIE ET LA CONDUITE À TENIR (si automédication le signaler)

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

ANNEXE 3 : PROCURATION INDIVIDUELLE (« TIERS MAJEUR » PRESENTATION D'UNE PIECE D'IDENTITE EN COURS DE VALIDITE)

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 :



ANNEXE 4 : OUVERTURE ALSH ENTRE SEPTEMBRE 2023 ET AOÛT 2024

| PERIODE DE VACANCES | DATE D'OUVERTURE | DATE DE FERMETURE |
|----------------------------|-------------------------|--------------------------|
| Toussaint | Lundi 23 Octobre 2023 | Vendredi 27 Octobre 2023 |
| Hiver | Lundi 19 Février 2024 | Vendredi 01 Mars 2024 |
| Printemps | Lundi 15 Avril 2024 | Vendredi 26 Avril 2024 |
| Eté | Lundi 08 Juillet 2024 | Vendredi 16 Août 2024 |



**ANNEXE 5 : INSCRIPTION DE MON ENFANT A LA RESTAURATION SCOLAIRE DE
L'ECOLE D'AHETZE ET A L'ACCUEIL PERISCOLAIRE**

Merci de retourner impérativement une fiche par enfant

Nom :Prénom :
Classe :

Je souhaite inscrire mon enfant à la restauration scolaire :

- tous les jours de toute l'année scolaire,
 certains jours fixes de toute l'année scolaire (préciser) :
 Lundi, Mardi,
 Jeudi, Vendredi.

Je m'engage à transmettre auprès de la direction chaque 15 du mois le tableau d'inscription (**annexe 6**), de mon enfant à la cantine.

Je souhaite inscrire mon enfant à l'accueil périscolaire :

- tous les **MATINS** de toute l'année scolaire,
 tous les **APRES-MIDI** de toute l'année scolaire, à partir de 16h30,
 certains jours fixes de toute l'année scolaire (préciser) :

- | | | |
|-----------------------------------|--------------------------------|-------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Lundi | <input type="checkbox"/> MATIN | <input type="checkbox"/> APRES-MIDI |
| <input type="checkbox"/> Mardi | <input type="checkbox"/> MATIN | <input type="checkbox"/> APRES-MIDI |
| <input type="checkbox"/> Jeudi | <input type="checkbox"/> MATIN | <input type="checkbox"/> APRES-MIDI |
| <input type="checkbox"/> Vendredi | <input type="checkbox"/> MATIN | <input type="checkbox"/> APRES-MIDI |

Je m'engage à transmettre auprès de la direction chaque 15 du mois le tableau d'inscription (**annexe 6**), de mon enfant à l'Accueil Périscolaire.

**TOUTE ABSENCE DE L'ENFANT DOIT ETRE IMPERATIVEMENT SIGNALEE AUPRES DE LA
DIRECTION DU SERVICE AU PLUS TARD LA VEILLE AVANT 11H30 : AU
06 47 90 54 31 OU PAR MAIL A ALSH@AHETZE.FR.
TOUTE INSCRIPTION NON DENONCEE DANS LE DELAI IMPARTI SERA FACTUREE.**

Date :

Signature :



**ANNEXE 6 : TABLEAU DE RESERVATION MENSUELLE
POUR LA RESTAURATION SCOLAIRE ET L'ACCUEIL PERISCOLAIRE**
MOIS DE.....

TOUTE ABSENCE DE L'ENFANT DOIT ETRE IMPERATIVEMENT SIGNALÉE AUPRES DE LA DIRECTION DU SERVICE
AU PLUS TARD LA VEILLE AVANT 11H30 OU AU 06 47 90 54 31. TOUTE INSCRIPTION NON DENONCÉE DANS LE
DELAI IMPARTI SERA FACTURÉE.

Merci de retourner impérativement une fiche par enfant

Monsieur, Madame (nom-prénom).....certifie inscrire (nom-prénom
de l'enfant)....., en classe de..... à l'Accueil
périscolaire et à la Cantine comme suit :

| JOURS | ACCUEIL PERISCOLAIRE | | CANTINE |
|-------|----------------------|-------------|---------|
| | <i>Matin</i> | <i>Soir</i> | |
| 1 | | | |
| 2 | | | |
| 3 | | | |
| 4 | | | |
| 5 | | | |
| 6 | | | |
| 7 | | | |
| 8 | | | |
| 9 | | | |
| 10 | | | |
| 11 | | | |
| 12 | | | |
| 13 | | | |
| 14 | | | |
| 15 | | | |
| 16 | | | |
| 17 | | | |
| 18 | | | |
| 19 | | | |
| 20 | | | |
| 21 | | | |
| 22 | | | |
| 23 | | | |
| 24 | | | |
| 25 | | | |
| 26 | | | |
| 27 | | | |
| 28 | | | |
| 29 | | | |
| 30 | | | |
| 31 | | | |

| | |
|---------------------------------------|-----------------------------|
| Dépôt du tableau le Par..... | Signature responsable légal |
|---------------------------------------|-----------------------------|



ANNEXE 7 : INSCRIPTION DE MON ENFANT A L'ACCUEIL PERISCOLAIRE DU MERCREDI

Merci de retourner impérativement une fiche par enfant et de contacter le service pour l'obtention des tableaux des périodes de Janvier à Juillet 2024.

Nom :Prénom :

Classe :

Je souhaite inscrire mon enfant à l'Accueil périscolaire du Mercredi :

tous les mercredis de toute l'année scolaire :

Journée Matin Après-midi

Avec repas

Je m'engage à transmettre auprès de la responsable chaque 15 du mois le tableau d'inscription **qui suit**, de mon enfant à l'Accueil de Loisirs Sans Hébergement pour le mois suivant.

Date :

Signature :

TABLEAU DE SEPTEMBRE A DECEMBRE 2023

Monsieur, Madame (nom-prénom).....certifie inscrire (nom-prénom de l'enfant) , en classe de..... à l'Accueil de Loisirs Sans Hébergement comme suit :

| DATES | JOURNEE | MATIN | APRES-MIDI | CANTINE (oui/non) |
|-------|---------|-------|------------|-------------------|
| 06/09 | | | | |
| 13/09 | | | | |
| 20/09 | | | | |
| 27/09 | | | | |
| 04/10 | | | | |
| 11/10 | | | | |
| 18/10 | | | | |
| 08/11 | | | | |
| 15/11 | | | | |
| 22/11 | | | | |
| 19/11 | | | | |
| 06/12 | | | | |
| 13/12 | | | | |
| 20/12 | | | | |

Dépôt du tableau le

Par.....

Signature responsable légal

LA DIRECTION VOUS FERA SUIVRE SUR DEMANDE LE TABLEAU POUR LES PROCHAINES PERIODES A RENDRE SOUS QUINZAINE