



# 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** : Période d' Ouverture ALSH Vacances

**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<sup>er</sup> enfant  2<sup>ème</sup> 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

ANNEXE 2 : FICHE DE LIAISON



MINISTÈRE DE LA JEUNESSE ET DES SPORTS  
Code de l'Action Sociale et des Familles



N° 10008\*02

<b>FICHE SANITAIRE DE LIAISON</b>	<b>1 - ENFANT</b>	
	NOM : _____	
	PRÉNOM : _____	
	DATE DE NAISSANCE : _____	
	GARÇON <input type="checkbox"/>	FILLE <input type="checkbox"/>

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	
<b>Ou</b> DT polio				Autres (préciser)	
<b>Ou</b> 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	VARICELLE	ANGINE	RHUMATISME ARTICULAIRE AIGÛ	SCARLATINE
OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>				
COQUELUCHE	OTITE	ROUGEOLE	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)**

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

**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**

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

## 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 2024 ET AOÛT 2025**

<b>PERIODE DE VACANCES</b>	<b>DATE D'OUVERTURE</b>	<b>DATE DE FERMETURE</b>
Toussaint	21 octobre	25 octobre ou 31 octobre
Hiver	24 février	07 Mars
Printemps	21 avril	02 Mai
Eté	07 juillet	A déterminer



**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](mailto: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 SIGNALEE AUPRES DE LA DIRECTION DU SERVICE  
 AU PLUS TARD LA VEILLE AVANT 11H30 OU AU 06 47 90 54 31. TOUTE INSCRIPTION NON DENONCEE DANS LE  
 DELAI IMPARTI SERA FACTUREE.

**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
---------------------------------------	-----------------------------

