

Cadre réservé à la CCDH

Date de dépôt : Saisi iNoé le :

Saisi par (initiales) :

FICHE INSCRIPTION ACCUEIL DE LOISIRS
3 ANS – 13 ANS

Dossier à compléter, signer et transmettre par mail à l'adresse : loisirs@ccdourdannais.com ou à déposer au Guichet unique, 17 rue Pierre Ceccaldi 91410 DOURDAN. ☎ **01.60.81.12.20**

Sauf pour les Sangliers, adresse m.marchand@saint-cheron.fr ou à déposer en Mairie – Parc des Tourelles 91530 SAINT-CHERON. ☎ **01.69.14.13.31**

1ère inscription

Réinscription

ENFANT

Nom :

Prénom :

Date de naissance : / /

Fille

Garçon

Ecole fréquentée / Ville :

Centre (*rattaché à votre commune*) : La Garenne (Dourdan)

Le Diabolo (Les Granges Le Roi)

Les Sangliers (Saint-Chéron)

La Marelle (Corbreuse)

Les Écureuils (Sermaise)

Choix d'activités : Mercredis **et/ou** Vacances Scolaires

Renseignements médicaux pour les enfants nés avant 2018, date du dernier rappel :

- Anti-Diphtérie, Tétanos, Polio, Coqueluche :/...../.....

Renseignements médicaux pour les enfants nés en 2018 et après, date dernière injection des 11 vaccins :

- Anti-Diphtérie, Tétanos, Poliomyélite, Coqueluche :/...../..... ; Hépatite B :/...../.....

- Rougeole, Oreillons, Rubéole :/...../..... ; Méningocoque C :/...../.....

- Haemophilus influenzae B :/...../..... ; Pneumocoque :/...../.....

Médecin de famille : Dr..... ☎ :

Allergies :

Maladies chroniques ou situation de handicap :

Régime alimentaire particulier : Aucun Sans Porc : Sans Viande Sans Viande / Poisson

Protocole d'**A**ccueil **I**ndividualisé (**PAI**)

Date de mise en place : Date de renouvellement :

Assurance responsabilité civile ou scolaire-extra scolaires / Nom de l'assurance :

N° de contrat :Période de validité :

RESPONSABLE 1		RESPONSABLE 2	
NOM / Prénom :		NOM / Prénom :	
Date de naissance : /..... /.....		Date de naissance : /..... /.....	
Adresse du domicile :		Adresse du domicile : :	
Code Postal : l...l...l...l...l...l		Code Postal : l...l...l...l...l...l	
Ville :		Ville :	
 Fixe :/...../...../...../.....  Portable :/...../...../...../.....  Mail :		 Fixe :/...../...../...../.....  Portable :/...../...../...../.....  Mail :	
Profession :  Travail :/...../...../...../..... Employeur : Ville employeur : *Catégorie Socio-Professionnelle : n ° (se référer aux indications ci-dessous)		Profession :  Travail :/...../...../...../..... Employeur : Ville employeur : *Catégorie Socio-Professionnelle : n ° (se référer aux indications ci-dessous)	
* 1 – Agriculteurs exploitants 2 – Artisans, commerçants et chefs d’entreprise 3 – Employés 4 – Ouvriers 5 – Professions intermédiaires 6 – Cadres et professions libérales 7 – Retraités/inactifs 8 – En cours de formation 9 – Chômeurs 10 – Étudiants			
Situation familiale : Mariés – Séparés – En Couple – Pacsés – Divorcés – Concubins – Autre (Entourer la mention correcte) <input type="checkbox"/> Garde alternée <input type="checkbox"/> Garde exclusive			
N° de Sécurité sociale :		N° de Sécurité Sociale :	
Nom Allocataire CAF de Monsieur ou Madame : N° Allocataire CAF de Monsieur ou Madame :			

AUTRES PERSONNES AUTORISÉES A VENIR CHERCHER L'ENFANT (<i>obligatoire</i>)			
NOM et Prénom	Date de naissance	Lien avec l'enfant	Numéro de téléphone

Je soussigné (e) M., Mme

Père Mère Tuteur de l'enfant

1. **Autorise** la CCDH à stocker, reproduire et diffuser sans contrepartie financière, des prises de vue et des enregistrements audiovisuels de mon enfant et accepte leur communication au public par :

- Affichage sur les panneaux réservés à cet effet dans les centres oui non
- Edition sur site internet Klass room, ...réservé uniquement aux familles fréquentant les centres oui non
- Edition sur site internet de la CCDH et le magazine « Mon interco et moi » ... oui non
- Edition sur les réseaux sociaux oui non

2. **Autorise** la réalisation de tous soins médicaux en cas d'urgence et, le cas échéant, le transport de mon enfant à l'hôpital par les pompiers ou le SAMU oui non

3. **Autorise** mon enfant de + de 10 ans à rentrer seul (sauf pour Dourdan) (Forte recommandation pour que les enfants soient accompagnés) oui non

4. **Certifie** avoir pris connaissance du règlement de fonctionnement des ACM dans son intégralité et m'engage à respecter son contenu sans aucune réserve. oui non

Date :

Signature du ou des responsables
Suivie de la mention « *Lu et approuvé* »

- Tous les renseignements demandés dans ce document sont nécessaires à la validation de votre dossier et l'ouverture de vos droits.
- Joindre impérativement les copies des documents suivants car seul un dossier complet et signé sera retenu :
 - Justificatif de domicile (moins de 3 mois) ou contrat de location ou acte notarié ou avis de taxe foncière ou attestation d'hébergement et justificatif de l'hébergeur
 - Copie intégrale du livret de famille
 - Avis d'imposition sur les revenus N-1 de l'ensemble du foyer pour le calcul du tarif annuel (année civile)
 - Attestation de paiement des prestations de la CAF de l'Essonne (moins de 3 mois)
 - L'attestation d'assurance responsabilité civile chef de famille en cours de validité avec le nom et prénom de(s) l'enfant(s) accueilli(s) en accueil de Loisirs ou l'attestation d'assurance scolaire et extrascolaire de(s) l'enfant(s) accueilli(s), à renouveler chaque année à la date d'échéance
 - Photocopies du carnet de santé avec nom et prénom de l'enfant :
 - Pour enfants nés avant 2018, vaccin obligatoire DT Polio (rappel à l'âge de 6 ans, et entre 11 et 13 ans)
 - Pour les enfants nés en 2018 et après, 11 vaccins obligatoires (coqueluche, hépatite B, oreillons, rubéole, Bactérie Haemophilus influenzae, pneumocoque, méningocoque C)
- S'il y a lieu :
 - Justificatif d'inscription à l'école pour les enfants de 3 ans ou facture de cantine
 - Photocopie de la décision judiciaire, en cas de séparation des parents ou de divorce, relative à la garde de l'enfant précisant l'exercice de l'autorité parentale et le cas échéant le montant de la pension alimentaire
 - Notification MDPH pour l'enfant ou les frères et sœurs
 - Copie du projet d'Accueil Individualisé – PAI

DOSSIER A RENDRE COMPLET OBLIGATOIREMENT