



COMMENT CONSTITUER VOTRE DOSSIER de demande d'inscription aux Activités Péri-scolaire

Votre dossier doit comporter les documents suivants :

- Dossier d'inscription dûment complété
- Photocopie du dernier avis d'imposition en votre possession
- Attestation d'assurance responsabilité civile souscrite par les parents
- Attestation de l'employeur
- Copie du carnet de vaccinations
- Certificat médical en cas d'allergie
- Les documents établissant l'autorité parentale (pour les parents divorcés ou séparés)
1 copie du jugement ou de l'ordonnance du juge des affaires familiales

Les dossiers d'inscription sont à déposer exclusivement en main propre au Centre de Loisirs du 1er au 22 avril 2014 inclus.

Avant de déposer votre dossier, assurez-vous d'avoir bien complété et signé tous les imprimés et joint tous les documents demandés.

ATTENTION

Le nombre de place étant limité:

- Une réponse (favorable ou défavorable vous sera envoyée ultérieurement
- Nous ne prenons plus en compte les plannings.

Toute réservation est faite à l'année. Chaque absence sera facturée à 30% (cf. article 4.2 du règlement)

Tout dossier incomplet ne sera pas enregistré.

**CENTRE DE LOISIRS « Les Petits Loups »
 FICHE D'INSCRIPTION 2014-2015**
PHOTO
INSCRIPTION ENFANT
NOM: _____

PRENOM: _____

AGE: _____ **DATE DE NAISSANCE:** _____

ECOLE FREQUENTEE ET CLASSE : _____

✍ Péricolaire :

	Lundi	Mardi	Jeudi	Vendredi
Midi				
Soir				

Type de repas souhaité : normal sans porc végétarien
✍ Mercredis :
Tous les mecredis après midi avec repas (prise en charge dès la sortie de l'école à 11h30)
COORDONNEES DES PARENTS
Nom et prénom du père:

Nom et prénom de la mère:

Adresse complète :

EN CAS DE SEPARATION / DIVORCE
Nom, prénom et adresse de facturation:

📍 DOMICILE :	Père :	Mère :
📍 PROFESSIONNEL :	Père :	Mère :
📍 PORTABLES :	Père :	Mère :
E mail :	Père :	Mère :

NOM DE L'EMPLOYEUR

Du père :
Adresse :

De la mère :
Adresse :

REGIMES

Du père : Local général Autre

De la mère : Local général Autre

n° d'immatriculation du représentant légal (sécurité sociale):

n° d'allocataire CAF :

Je soussigné: _____

Déclare avoir pris connaissance du règlement intérieur et l'accepter.

Autorise la directrice des Petits Loups à utiliser le service CAFPRO (service électronique de la Caisse d'Allocations Familiales) pour constituer et mettre à jour le dossier d'inscription de votre enfant

Autorise le centre à prendre des mesures d'urgences nécessaires en cas d'accident,

Autorise le centre de loisirs à transporter mon enfant dans le cadre des sorties organisées par le centre.

Autorise le centre de loisirs à prendre des photos ou vidéos de mon enfant à des fins de promotion du centre (Illustrations de programmes, du site internet du centre, du site internet de la commune, de la page facebook de la commune)

Fait à

le

signature(s)





Document n°1

Centre de Loisirs « Les Petits Loups »
Place des fêtes
67114 Eschau
Tél : 03.90.29.82.11
Mail : petiloups@evc.net

Année scolaire 2014-2015

AUTORISATION POUR VENIR CHERCHER UN ENFANT

Je soussigné (e), Madame, Monsieur (*)

➤ **Autorise**, Madame, Monsieur (*)

Lien de parenté :

Coordonnées téléphonique : / / / / /

➤ **Autorise**, Madame, Monsieur (*)

Lien de parenté :

Coordonnées téléphonique : / / / / /

➤ **Autorise**, Madame, Monsieur (*)

Lien de parenté :

Coordonnées téléphonique : / / / / /

à venir chercher mon / mes enfants (*)

(*) Rayer la mention inutile et préciser les nom et prénom

Toute personne autorisée à venir chercher un enfant doit être munie d'une pièce d'identité.

Fait à le **Signature** :





Document n°2

Centre de Loisirs « Les Petits Loups »
Place des fêtes
67114 Eschau
Tél : 03.90.29.82.11
Mail : petiloups@evc.net

Année scolaire 2014-2015

AUTORISATION POUR RENTRER SEUL
(Uniquement pour les enfants de 6 ans et plus)

Je soussigné(e), Madame, Monsieur (*)
autorise mon Enfant (*)

(*) *Rayer la mention inutile et préciser les nom et prénom*

à rentrer seul(e) le (date) :

à partir de (**).....

(**) *indiquer l'heure de départ*

Fait à le Signature :





Document n°3

Centre de Loisirs " Les petits loups "
Place des fêtes
67114 ESCHAU
☎ : 03 90 29 82 11
@ : petiloups@evc.net

**AUTORISATION PARENTALE POUR L'ECOLE MATERNELLE
RENTREE SCOLAIRE 2014-2015**

Je soussigné(e),.....

Demeurant :

Autorise le personnel enseignant de l'école

À remettre, mon (mes) enfant(s) :

-
-

Au personnel du Centre de Loisirs " Les Petits Loups" à la sortie des classes pour l'année scolaire 2014 / 2015.

Fait à :

Le :

Signature :

AUTORISATION A REMETTRE A LA DIRECTRICE DE L'ECOLE CONCERNEE.
MERCI



Fiche sanitaire de liaison 2014-2015
Centre de Loisirs « Les Petits Loups »
Cette fiche permet de recueillir les informations utiles pendant l'accueil de l'enfant.

Enfant :	<input type="checkbox"/> fille	<input type="checkbox"/> garçon	Date de naissance :
Nom :	Prénom :		
Adresse :			
Nom et tel du médecin traitant (facultatif) :			

I - Vaccinations : *(se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccinations de l'enfant)*

Vaccins obligatoires	oui		non		Dernier rappel	Vaccins recommandés	oui		non		Date
Diphtérie						Hépatite B					
Tétanos						Rubéole					
Poliomyélite						Coqueluche					
ou DT polio						Autres (<i>préciser</i>)					
ou Tétracoq											
B.C.G.											

Joindre un certificat de contre-indication du vaccin dans le cas où l'enfant n'a pas été immunisé par les vaccins obligatoires.
Nota : le vaccin anti-tétanique ne présente aucune contre-indication.
II - Renseignements médicaux :

L'enfant a-t-il déjà eu les maladies suivantes ?

Rubéole	Varicelle	Angine	Scarlatine	Coqueluche
<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non				
Otite	Rougeole	Oreillons	Rhumatisme articulaire aigu	
<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non				

Allergies : médicamenteuses oui non
alimentaires oui non

asthme oui non
autres oui non

Préciser la cause de l'allergie et la conduite à tenir :

Indiquer les **difficultés de santé** (maladie, accident, crises convulsives, hospitalisation, opération, rééducation) en précisant les dates et les **précautions à prendre**.

III - Recommandations utiles :

Préciser si l'enfant porte des lunettes, des prothèses auditives, des prothèses dentaires, etc... ?

Je soussigné, (Nom, Prénom).....

Responsable légal de l'enfant (Nom, Prénom)
.....

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

Signature (*précédée de la mention lu et approuvé*) :

Date

