

ACCUEIL DE LOISIRS MUNICIPAL

DOSSIER D'INSCRIPTION

ANNÉE SCOLAIRE 2025/2026

Dossier à rapporter complet le plus rapidement possible



Pièces à joindre au dossier :

- Le coupon réponse du règlement intérieur daté et signé
- La fiche sanitaire et renseignements (photo obligatoire)
- Photocopie des vaccinations
- Attestation d'assurance responsabilité civile et extrascolaire
- Justificatif de domicile pour les Valdoyens
- PAI pour les enfants présentant des problèmes de santé

Directeur : Romain VESIN ☎ 03 70 04 81 14 (de 8 h 30 à 18 h) ✉ alsh@mairievaldoie.com



ACCUEIL DE LOISIRS 2025-2026

COUPON RÉPONSE DU RÈGLEMENT INTÉRIEUR AUTORISATION D'ACCÈS AU SITE CAFPRO

Nous soussignés,

➤ **Mère** :..... (nom et prénom)
Née le :..... à.....(lieu de naissance),

➤ **Père** :.....(nom et prénom)
Né le :.....à.....(lieu de naissance),

responsables légaux de l'enfant : (nom et prénom de l'enfant)
.....,

certifient avoir pris connaissance du règlement intérieur de l'accueil de loisirs et nous engageons à le respecter.

Nous autorisons la direction à accéder à notre dossier allocation sur le site Internet CAFPRO, afin de connaître le montant de notre quotient familial nécessaire au calcul des prestations.

Fait à, le

Signatures des responsables légaux

ACCUEIL DE LOISIRS

FICHE RENSEIGNEMENT 2025-2026



RÉFÉRENCE DE L'ENFANT

Nom de l'enfant :

Prénom : Sexe : Garçon Fille
 Date de naissance : Lieu de naissance :
 École : Classe 2025/2026 :
 Nom de l'enseignant (e) :

RESPONSABLES DE L'ENFANT

Mère ou tutrice légale :

Nom :
 Prénom :
 Date de naissance :
 Lieu de naissance :
 Adresse :

 

 Courriel :

Profession :

Employeur :

 Employeur

Numéro d'allocataire CAF (**obligatoire**) :

.....

Caisse :

Quotient familial :

Numéro de Sécurité sociale :

.....

Assurance responsabilité civile et extrascolaire :

.....

Père ou tuteur légal :

Nom :
 Prénom :
 Date de naissance :
 Lieu de naissance :
 Adresse :

 

 Courriel :

Profession :

Employeur :

 Employeur

Numéro d'allocataire CAF (**obligatoire**) :

.....

Caisse :

Quotient familial :

Numéro de Sécurité sociale :

.....

Assurance responsabilité civile et extrascolaire :

.....

Facture mensuelle à envoyer à : M. ou Mme

Adresse :

PERSONNES AUTORISÉES					
En cas de problème, si les parents sont injoignables, personnes à prévenir en cas d'urgence et personnes autorisées à quitter le lieu d'animation avec leur enfant.					
		Nom	Prénom	Téléphone	Lien de parenté
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				

DÉCHARGE DE RESPONSABILITÉ : DROIT DES LIBERTÉS

- ▶ J'autorise la prise et la diffusion de photos ou vidéos : oui non
- ▶ J'autorise mon enfant d'élémentaire à rentrer seul après les activités (mercredi, garderie) : oui non
- ▶ J'autorise le transport de mon enfant en bus ou minibus : oui non
- ▶ J'autorise la Commune de Valdoie à communiquer via mon courriel : oui non

FICHE SANITAIRE 2025 / 2026

GROUPE SANGUIN DE VOTRE ENFANT :

MÉDECIN TRAITANT : Nom : ☎

Adresse :

RÉGIME ALIMENTAIRE : normal sans porc sans viande

VACCINATIONS : Joindre **obligatoirement** les **photocopies** des pages nominatives correspondantes du **cahier de santé** ou du certificat de **vaccinations** de l'enfant.

Certaines vaccinations sont obligatoires pour toute entrée d'enfant en collectivité :

- Enfants nés avant 2018 : DT Polio (diphtérie, tétanos, poliomyélite),
 Enfants nés après 2018 : DT Polio, coqueluche, HIB (haemophilus influenza B), hépatite B, pneumocoque, méningocoque, ROR (rougeole, oreillons, rubéole).

MALADIES

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

ALLERGIES ET TRAITEMENT :

Actuellement, l'enfant suit-il un ou plusieurs traitement ? oui non

Si oui le(s)quel(s) :

Joindre une ordonnance récente, un certificat médical précisant les sources d'allergies de l'enfant et les médicaments correspondants. **Aucun médicament ne pourra être pris sans ordonnance.**

PROJET D'ACCUEIL INDIVIDUALISÉ (PAI)

Joindre obligatoirement le PAI précisant les sources d'allergies de l'enfant.

- Mise en place d'un nouveau PAI
 Renouvellement du PAI à partir de

Je soussigné(e) (nom, prénom)....., responsable légal de l'enfant (nom, prénom), autorise l'équipe de direction à faire pratiquer toutes les interventions médicales ou chirurgicales d'urgence en cas de besoin immédiat selon les prescriptions du corps médical consulté. Je m'engage par ailleurs, à rembourser le montant des frais médicaux.

Fait à le Signature des responsables légaux