

ACCUEIL DE LOISIRS MUNICIPAL

DOSSIER D'INSCRIPTION

ANNÉE SCOLAIRE 2026/2027

Dossier à rapporter complet, en version papier, le plus rapidement possible à l'ALSH aux horaires d'ouverture du secrétariat.

**Dernier délai d'inscription : le vendredi 29 mai 2026.
Nous ne garantissons pas la prise en compte pour la rentrée des
dossiers remis après cette date et incomplets.**



Pièces à joindre au dossier :

- Le coupon réponse du règlement intérieur daté et signé
- La fiche sanitaire et renseignements (photographie obligatoire)
- Photocopie des vaccinations (apporter le carnet de vaccination le jour du dépôt de dossier)
- Attestation d'assurance responsabilité civile et extrascolaire 2026-2027
- Justificatif de domicile pour les Valdoyens
- Attestation d'employeur des deux parents
- PAI 2026-2027 pour les enfants présentant des problèmes de santé
- Mandat de prélèvement SEPA accompagné d'un RIB pour ceux qui souhaitent être prélevés

Directeur : Romain VESIN

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

Site Internet de la commune : www.mairievaldoie.com

Rubrique : grandir à Valdoie / le centre de loisirs / ALSH





ACCUEIL DE LOISIRS 2026-2027

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

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

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

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

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



RÉFÉRENCE DE L'ENFANT Nom de l'enfant :

Prénom : Sexe : Garçon Fille

Date de naissance : Lieu de naissance :

École : Classe 2026/2027 :

Nom de l'enseignant (e) :

RESPONSABLES DE L'ENFANT

Mère, parent 1 ou tutrice légale :

Nom d'usage :

Nom de naissance :

Prénom :

Date de naissance :

Lieu de naissance :

Adresse :

.....




 Courriel :

Profession :

Catégorie socio-professionnelle :

.....

Employeur :

 Employeur

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

.....

Caisse :

Quotient familial :

Numéro de Sécurité sociale :

.....

Assurance responsabilité civile et extrascolaire :

.....

Père, parent 2 ou tuteur légal :

Nom d'usage :

Nom de naissance :

Prénom :

Date de naissance :

Lieu de naissance :

Adresse :

.....



 Courriel :

Profession :

Catégorie socio-professionnelle :

.....

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 interne de photos ou vidéos : oui non
- J'autorise la prise et la diffusion externe 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

FICHE SANITAIRE 2026 / 2027

GRUPE 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 **carnet 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

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

ALLERGIES ET TRAITEMENT :

Actuellement, l'enfant suit-il un ou plusieurs traitements ? 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 2026-2027 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