

# ACCUEIL DE LOISIRS DE SIREUIL

2, place de la Caminade - SIREUIL

24620 LES EYZIES-DE-TAYAC-SIREUIL

Tél. : 05.53.29.47.97 / Page Face book : <https://www.facebook.com/CapSireuil/>

Mail : [sireuil@laligue24.org](mailto:sireuil@laligue24.org) / Site internet : [www.cap-sireuil.org](http://www.cap-sireuil.org)

Photo  
Récente  
De  
L'enfant

## DOSSIER D'INSCRIPTION

### ETAT CIVIL DE L'ENFANT :

NOM : ..... Prénom : ..... Sexe :  F  M

Date et lieu de naissance : le ...../...../..... à .....

### RESPONSABLES LEGAUX :

Père  Mère  Tuteur NOM et Prénom : .....

Adresse : .....

Code Postal : ..... Commune : .....

Tél. Domicile : ..... Tél. portable : .....

Adresse e-mail : ..... @ .....

Profession : .....

Lieu de travail : .....

Tél. Travail : ..... / .....

---

Père  Mère  Tuteur NOM et Prénom : .....

Adresse : .....

Code Postal : ..... Commune : .....

Tél. Domicile : ..... Tél. portable : .....

Adresse e-mail : ..... @ .....

Profession : .....

Lieu de travail : .....

Tél. Travail : ..... / .....

---

**IMPORTANT : Adresse e-mail de facturation (régulièrement consultée) :**

..... @ .....

**Autre Personne à contacter en cas d'urgence ou maladie :**

Parent, quel lien de parenté : .....

Ami de la famille       Voisin

NOM et Prénom : .....

Tél. Domicile / portable : ...../.....

Tél. Travail : ...../.....

---

**Personnes autorisées à venir chercher l'enfant** : Indiquer NOMS et Prénoms et numéro de téléphone portable (une pièce d'identité sera à présenter à la direction de l'accueil de loisirs pour chaque personne qui viendra récupérer l'enfant autre que les responsables légaux)

...../...../.....

...../...../.....

...../...../.....

---

**Compagnie et N° d'assurance** : .....

**JOINDRE LA COPIE L'ATTESTATION DE L'ASSURANCE EXTRA-SCOLAIRE**

---

**COUVERTURE SOCIALE ET ALLOCATIONS**

**N° d'Assuré social** : .....

**JOINDRE OBLIGATOIREMENT LA PHOTOCOPIE DE LA CARTE VITALE.**

Le cas échéant, intitulé et adresse de votre Mutuelle : .....

.....

**N° d'allocataire CAF** : ....., à indiquer même si vous ne percevez pas de prestations familiales, afin de bénéficier de la Prestation de Service (aide de la CAF accordée pour tout enfant relevant du régime général).

Si vous dépendez d'un autre régime (MSA, ...), merci de préciser :

Organisme : ..... N° d'adhérent : .....

---

**TARIFICATION MODULEE :**

**La tarification modulée : le prix de journée est fixé en fonction des revenus du foyer fiscal. A partir de 2019, il est défini à partir du Quotient Familial (QF) de la CAF ; il n'est donc plus nécessaire de fournir l'avis d'imposition ni l'attestation d'aide au temps libre (l'organisateur s'informe directement sur le site de la CAF).**

Pour connaître le tarif applicable à votre Quotient familial, veuillez vous référer à la « Grille tarifaire ALSH de Sireuil » (disponible sur le site web et affichée dans le centre).

**RENSEIGNEMENTS MEDICAUX :**

**JOINDRE OBLIGATOIREMENT LA PHOTOCOPIE DU CARNET DE VACCINATIONS.**

Vaccins obligatoires : DT Polio, Diphtérie, Tétanos, Poliomyélite : oui non

SI L'ENFANT N'A PAS LES VACCINS OBLIGATOIRES JOINDRE UN CERTIFICAT MEDICAL DE NON CONTRE-INDICATION POUR LA VIE EN COLLECTIVITE. S'il n'est pas fourni, la direction sera en droit de ne pas accepter l'enfant dans la structure.

Votre enfant a-t'il eu ? (rayer les mentions inutiles OUI / NON)

Rubéole : OUI NON	Angine : OUI NON	Scarlatine : OUI NON	Otite : OUI NON
Coqueluche : OUI NON	Rougeole : OUI NON	Diphtérie : OUI NON	Oreillons : OUI NON
Varicelle : OUI NON	Rhumatisme : OUI NON	Typhoïde : OUI NON	

Votre enfant souffre-t-il d'un handicap : OUI NON. Si oui, précisez : .....

L'admission de l'enfant sera soumise à la validation d'un Projet d'Accueil Individualisé (PAI).

Autres renseignements concernant la santé de l'enfant (pathologies chroniques, références de verres pour les lunettes, etc.) : .....

**NATURE TRAITEMENT EN COURS :** Si l'enfant suit un traitement, joindre **obligatoirement** l'ordonnance du médecin. Les médicaments seront remis dans leur emballage d'origine avec la notice d'utilisation, nom et prénom de l'enfant inscrits sur l'emballage.

L'enfant a-t'il des allergies alimentaires, médicamenteuses, régimes alimentaires particuliers, etc... ?

OUI NON Si oui, précisez lesquels : .....

---

AUTORISEZ-VOUS LA PRISE DE PHOTO DE VOTRE ENFANT PENDANT LES TEMPS D'ACTIVITES OU DE VIE QUOTIDIENNE POUR DES BESOINS PEDAGOGIQUES ET/OU POUR PROMOUVOIR LE CENTRE DANS DES BULLETINS MUNICIPAUX, INTERCOMMUNAUX, SUR LE BLOG ET LA PAGE FACE BOOK DE CAP SREUIL OU AUTRE ? OUI - NON (Rayer la mention inutile)

**Observations ou remarques à déclarer à l'équipe pédagogique :**

.....  
.....

Je, soussigné (e).....,

Responsable(s) légal(ux) de l'enfant .....

- Déclare exacts les renseignements portés sur ce dossier d'inscription,
- Autorise les organisateurs à prendre toutes les mesures nécessaires en cas d'urgence médicale,
- Autorise mon enfant à participer aux différentes activités et sorties proposées par les organisateurs,
- Déclare avoir pris connaissance du règlement intérieur joint à ce dossier
- M'engage à payer les prestations médicales en cas d'accident.

A....., le ..... Signature :

**PIECES A FOURNIR :**

- **DOSSIER D'INSCRIPTION DUMENT COMPLETE ; bien indiquer le n° d'allocataire CAF ou MSA**
- Copie de l'attestation de l'Assurance de Responsabilité Civile de l'enfant
- Copie de la Carte Vitale ou l'Attestation CPAM ou de l'attestation C.M.U. + de la Carte de Mutuelle
- Copie des vaccinations à jour de l'enfant ou certificat médical de non contre-indication pour la vie en collectivité.