

DOSSIER INDIVIDUEL D'INSCRIPTION

1. L'ENFANT

Nom : Prénom : Sexe : M F
Né-e le : / / Ville : Nationalité :
Nom établissement scolaire : Classe :

2. LE FOYER

Contact principal du foyer pour adresse de correspondance : Responsable 1 Responsable 2

Régime social de rattachement de l'enfant : Responsable 1 Responsable 2

Compagnie d'assurance ⁽¹⁾ de la RC : N° de Police :

3. RESPONSABLE LEGAL 1

Monsieur Madame

Nom : Prénom :

Né-e le : / /

Adresse :

Code Postal : Ville :

 Domicile : / / /

 Mobile : / / /

E-mail : @

Régime social de rattachement : Général (CAF) Agricole (MSA) Autres

N° allocataire CAF :

4. RESPONSABLE LEGAL 2

Monsieur Madame

Nom : Prénom :

Né-e le : / /

Adresse (à saisir si différente responsable 1) :

Code Postal : Ville :

 Domicile : / / /

 Mobile : / / /

E-mail : @

Régime social de rattachement : Général (CAF) Agricole (MSA) Autres

N° allocataire CAF :

5. FICHE SANITAIRE DE LIAISON

VACCINS	OUI	NON	DATE DE VACCINATION
COQUELUCHE			
DT POLIO			
HAEMOPHILUS INFLUENZAE			
HEPATITE B			
MENINGOCOQUE C			
PNEUMOCOQUE			
ROUGEOLE OREILLONS RUBEOLE			

ALLERGIES	Oui	Non	Commentaires et conduites à tenir
ASTHMES (Pollens – Acariens et graminées)			
ALIMENTAIRES			
MEDICAMENTEUSES			
AUTRES			


POUR MIEUX ACCUEILLIR VOTRE ENFANT :

Votre enfant a-t-il un dossier à la Maison Départementale des Personnes Handicapées (MDPH) ? Oui Non
 Si oui, merci de préciser la référence du dossier :

Bénéficiez-vous de l'Allocation d'Education de l'Enfant Handicapé (AEEH) versée par la CAF ? Oui Non

Existe-t'il un Projet d'Accueil Individualisé (PAI), dans un des établissements (scolaire, associations diverses...) déjà fréquenté par votre enfant? Oui Non

REGIME ALIMENTAIRE SPECIFIQUE	Commentaires

Nom du MEDECIN traitant	ADRESSE	

Recommandations utiles des parents (lunettes, prothèses...)

6. LES AUTORISATIONS PARENTALES

Je (nous) soussigné(s),

6.1 AUTORISE(NT) les personnes citées ci-dessous, autres que les responsables, à venir chercher mon enfant à l'accueil de loisirs :

PRENOM - NOM	Adresse	☎	A contacter en cas d'urgence	
			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 <input type="checkbox"/>

6.2 AUTORISE(NT) mon enfant à rentrer seul à son domicile à l'issue de la journée d'accueil de loisirs (ALSH) :
Oui Non

6.3 AUTORISE(NT) mon enfant à prendre un moyen de transport (car, bus, train) dans le cadre des activités organisées par L'ALSH :
Oui Non

6.4 AUTORISE(NT) que mon enfant soit filmé et/ou photographié aux fins d'utilisation par l'accueil de loisirs :
Oui Non

6.5 AUTORISE(NT) le personnel de l'accueil de loisirs à prendre toutes les initiatives nécessaires en cas d'accident ou de maladie subite de mon enfant.

- Dont transfert aux urgences Oui Non

DECHARGE(NT) la direction de l'ALSH de toutes responsabilités pendant le trajet jusqu'à l'hôpital.

AUTORISE(NT) l'équipe médicale à pratiquer les gestes qu'elle jugera indispensables au regard de l'état de santé de mon enfant.

DEMANDE(NT) au responsable de l'ALSH :

- En cas de maladie de mon enfant, d'administrer sous ma responsabilité, les médicaments prescrits par son médecin traitant suivant le double de l'ordonnance :
Oui Non
- En cas de fièvre, d'administrer sous ma responsabilité, les antipyrétiques selon les prescriptions du médecin traitant :
Oui Non
- D'appliquer de la crème solaire en cas de nécessité :
Oui Non
- D'administrer des granulés ou crèmes homéopathiques (chutes, maux de dents) :
Oui Non

6.6 AUTORISE(NT) la direction de L'ALSH à consulter le portail « Mon compte Partenaires CAF », afin de déterminer le Quotient Familial à appliquer⁽¹⁾ :
Oui Non

6.7 CERTIFIE(NT) avoir pris connaissance du Règlement de Fonctionnement (ou Intérieur) ainsi que du Projet Pédagogique de l'Accueil de Loisirs de :

_____ (Indiquer le nom de la commune)

Signature du responsable légal 1
Date et mention « lu et approuvé »

Signature du responsable légal 2
Date et mention « lu et approuvé »

Pour information

- (1) Il appartient à la famille de communiquer à l'association une modification de ce quotient en dehors de cette période. Si la famille ne souhaite pas transmettre les éléments nécessaires à la constitution du QF, le prix de vente de la tranche la plus haute sera automatiquement appliqué.
- ✓ **Assurances :** L'association EPAL vous conseille de souscrire un « contrat d'assurance de personnes couvrant les dommages corporels auxquels vos enfants peuvent être exposés lors de leur participation aux activités ». En référence à l'article L 227-5 du Code de l'Action Sociale et de la Famille.
 - ✓ Le projet éducatif de l'Association, le projet pédagogique de chaque ALSH et son règlement intérieur sont à retirer auprès du responsable de la structure. **L'acceptation du règlement Intérieur de l'ALSH conditionne l'inscription de votre enfant sur le centre.**

7. PAIEMENT PAR PRELEVEMENT

7.1 Pour le paiement des factures mensuelles par prélèvement bancaire, merci de compléter et nous retourner le bordereau ci-dessous, accompagné d'un RIB:

MANDAT DE PRELEVEMENT SEPA

Créancier :



En signant ce formulaire de mandat, vous autorisez le Créancier à envoyer des instructions à votre banque pour débiter votre compte, et votre banque à débiter votre compte conformément aux instructions du Créancier.

Vous bénéficiez du droit d'être remboursé par votre banque selon les conditions décrites dans la convention que vous avez passé avec elle.

Une demande de remboursement doit être présentée dans les 8 semaines suivant la date de débit de votre compte pour un prélèvement autorisé.

CREANCIER :

F	R	9	4	Z	Z	Z	4	3	1	1	3	2
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---

ICS – Identifiant Créancier SEPA

Association EPAL

Nom du créancier

10 rue Nicéphore Niepce CS 62 863

Adresse (rue, avenue, ...)

2	9	2	2	8	BREST CEDEX 2	FRANCE
---	---	---	---	---	---------------	--------

Code postal

Ville

Pays

DEBITEUR :

*Veuillez compléter les champs marqués**

*Nom / Prénom du débiteur

*Adresse (rue, avenue, ...)

*Code postal

*Ville

*Pays

*Coordonnées de votre compte à débiter - IBAN

*Code International d'identification de votre banque - BIC

Signature (s) :

Fait à : _____,

Le :

		/			/				
--	--	---	--	--	---	--	--	--	--

Note : Vos droits concernant le prélèvement sont expliqués dans un document que vous pouvez obtenir auprès de votre banque

Les informations contenues dans le présent mandat, qui doit être complété, sont destinées à n'être utilisées par le créancier que pour la gestion de sa relation avec son client. Elles pourront donner lieu à l'exercice, par ce dernier, de ses droits d'oppositions, d'accès et de rectification tels que prévus aux articles 38 et suivants de la loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés.

A retourner à :

Association EPAL
10 rue Nicéphore Niepce
CS 62 863
29 228 BREST CEDEX 2

Zone réservée à l'usage du créancier :
