

ATTESTATION D'INSCRIPTION ANNUELLE ACM ALLONNE 2021 – 2022

Je soussigné (e) Mme, Mr, -----, prévois que
mon enfant-----en classe de-----fréquentera
annuellement les accueils suivants, pour les jours cochés ci-dessous :

A partir du :

MERCREDI

- Matin (07H30 / 11h45)
Cantine (11H45 / 13h)
Après-midi (13H30 / 18h30)

L'inscription du mercredi doit être annulée le mercredi précédent pour ne pas être facturée.

Signature du responsable légal

<p>Cadre réservé :</p> <p>Date de saisie :</p> <p>Revenus constatés :</p>

FICHE DE RENSEIGNEMENTS

L'ENFANT

Nom :Prénom : fille garçon
Date de naissance :Lieu de naissance :

FAMILLE

Nom et prénom du responsable légal :
Profession : Nom de l'employeur :
Tel personnel : Tel du lieu de travail :
Nom et prénom du conjoint :
Profession : Nom de l'employeur :
Tel personnel : Tel du lieu de travail :

Adresse complète de la famille :
Tel du domicile :

Email..... (Indispensable pour transmission factures ; menus; fiches inscription mensuelle.....)

SECURITE SOCIALE (joindre une photocopie de l'attestation)

Caisse d'appartenance ou régime :
N° de sécurité sociale :

ALLOCATIONS FAMILIALES : (Informations indispensables pour le calcul des tarifs)

Nombre d'enfant à charge :
Caisse d'appartenance :et N° d'allocataire :

MUTUELLE (joindre une photocopie de la carte)

Bénéficiez-vous d'une mutuelle ? Oui non
Si oui, précisez-nous le nom et l'adresse de cette mutuelle :
.....

Je soussigné(e)responsable de l'enfant certifie exacts les renseignements portés sur cette fiche, certifie avoir pris connaissance du règlement intérieur de l'accueil collectif de mineurs (A.C.M) et m'engage à régler la participation financière qui me sera demandée par la Ligue de l'enseignement.

Fait à, le.....

Signatures des parents :

AUTORISATIONS PARENTALES

Je soussigné(e)(père, mère, tuteur).....

Activités, sorties et transports

- Autorise mon fils, ma fille, mon pupille*à participer à toutes les activités organisées dans le cadre de l'A.C.M
- Donne mon accord pour les déplacements prévus et les moyens de transport utilisés : Car,minibus, voiture de service ,Train , Vélo , Pédestre.

Droit à l'image

- Donne mon accord pour l'utilisation du droit l'image (photo et vidéo) de mon enfant pour les activités et les divers supports de communication de la ligue de l'enseignement et de ses partenaires (blog, Facebook, sites internet, tracts...).
- N'accepte pas l'utilisation de l'image de mon enfant

Départ et personnes autorisées à venir chercher l'enfant

Nom et prénom	Numéro de téléphone	Lien de parenté
.....
.....
.....

- Autorise mon enfant à repartir seul de l'ACM (pour les enfants de plus de 7 ans seulement)
- Autorise mon enfant à repartir seul de l'ACM en mon absence et si personne n'est venu le chercher avant la fermeture de l'accueil. (pour les enfants de plus de 7 ans seulement)

CONSENTEMENT POUR LE TRAITEMENT DES DONNEES

Pour assurer la gestion de l'équipement, les données collectées par la Ligue de l'enseignement sont traitées à l'aide du logiciel Noé de la société AIGA.

- J'accepte le traitement de mes données personnelles et/ou des données de mon enfant
- N'accepte pas le traitement de mes données personnelles et/ou des données de mon enfant*
- J'accepte le traitement de mes données médicales et/ou des données de mon enfant
- N'accepte pas le traitement de mes données médicales et/ou des données de mon enfant*

A, le.....

Signatures des parents:

* : Merci de vous adresser à la direction en cas de refus

FICHE SANITAIRE DE LIAISON

NOM DE L'ENFANT : PRENOM :
SEXE fille garçon DATE DE NAISSANCE :

Nom et numéro de téléphone du médecin traitant :

N° de Sécurité Sociale : Caisse d'appartenance

Bénéficiez-vous d'une mutuelle ? OUI NON Laquelle ? (nom et adresse)
Bénéficiez-vous d'une autre assurance ? OUI NON Laquelle ? (nom et adresse)

!! Joindre une photocopie de l'attestation de sécurité sociale, la carte de mutuelle et votre attestation d'assurance !

Vaccinations : La photocopie du carnet de vaccinations doit être fournie au moment de l'inscription.

RENSEIGNEMENTS MEDICAUX CONCERNANT L'ENFANT : A-t-il déjà eu les maladies suivantes :

Rubéole oui non Varicelle oui non Angines oui non Scarlatine oui non Rougeole oui non
Coqueluche oui non Oreillons oui non Otites oui non Asthme oui non

Indiquer ici les autres difficultés de santé en précisant les dates : (maladies, accidents, crises convulsives, allergies, hospitalisations, opérations, rééducations ...)

ACTUELLEMENT, L'ENFANT SUIV-IL UN TRAITEMENT ? OUI NON SI OUI, LEQUEL ? (n'oubliez pas de joindre les médicaments et l'ordonnance)

BESOINS ACCUEIL SPECIFIQUE :

Asthme :	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>	Précisez :
Allergie alimentaire :	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>	Précisez :
Allergie médicamenteuse :	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>	Précisez :
Handicap :	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>	Précisez : Reconnu MDPH : OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>

La mise en place d'un Projet d'accueil Individualisé (P.A.I) devra être mis en place avec le responsable de structure, pour tout besoin d'accueil spécifique.

REGIME ALIMENTAIRE DE L'ENFANT :

L'enfant suit-il un régime alimentaire : OUI NON Précisez :

RECOMMANDATIONS DES PARENTS (préciser ici un éventuel port de lunettes, appareil dentaire, autorisation de fumer ou pas pour les ados, etc. ...)

NOM ET PRENOM DE LA PERSONNE A PREVENIR EN CAS D'URGENCE (si le responsable légal n'est pas joignable) :

ADRESSE :

TEL : Portable :

AUTORISATION PARENTALE (À remplir obligatoirement)

Je soussigné(e) Père, Mère, tuteur, responsable de l'enfant.....

Autorise le Directeur de l'A.C.M à faire soigner mon fils, ma fille, et à pratiquer les interventions d'urgence, éventuellement sous anesthésie générale, suivant les prescriptions des médecins.

M'engage à payer la part des frais de l'A.C.M incombant à la famille, les frais médicaux, d'hospitalisation et d'opérations éventuels.

Autorise mon enfant à repartir de l'hôpital avec un accompagnateur de l'accueil.

En cas de renvoi pour raison d'inadaptation, m'engage à prendre à ma charge les suppléments dus au retour individuel ainsi que les frais d'accompagnement d'un animateur (surtout pour les séjours).

Fait le Signature des parents

Papiers à fournir pour le dossier d'inscription de votre enfant :

- Fiche d'inscription et autorisations parentales dûment complétées et signées
- Fiche sanitaire dûment remplie et signée par les parents ou responsables légaux.
Attention : n'oubliez pas de faire signer la fiche sanitaire par votre médecin (**en bas à droite**), attestant que votre enfant peut pratiquer les activités proposées au centre de loisirs.
- Si votre enfant doit prendre des médicaments (exemple :Ventoline en cas de crise d'asthme) n'oubliez pas de nous fournir l'ordonnance de votre médecin et/ou PAI signé avec le médecin scolaire.
- Photocopie des vaccins de votre enfant
- Photocopie de votre attestation de sécurité sociale
- Photocopie de votre carte de mutuelle

Pour le calcul de votre tarif

- 1) Pour les ALLOCATAIRES CAF : numéro allocataire renseigné sur la fiche inscription.
- 2) - Pour les NON ALLOCATAIRES CAF : Photocopie de votre dernier avis d'imposition ou de non imposition.

IMPORTANT : Si votre situation a changé au cours de l'année 2022, veuillez fournir les papiers correspondant à votre nouvelle situation (attestation de divorce, dernières fiches de paye, jugement de tribunal pour la garde des enfants...). Tous ces changements devront être signalés à la CAF.

- Document de prélèvement automatique + RIB
- **NB : les dossiers sont valables une année civile avec obligation d'archivage, nous ne conservons aucun ancien dossier ni document à l'exception du document de prélèvement.**

 <p>FÉDÉRATION ISE la ligue de l'enseignement un avenir par l'éducation populaire</p>	
	<p><i>Projet d'accueil individualisé</i></p>

ENFANT CONCERNE

NOM :	PRÉNOM
ADRESSE :	
DATE DE NAISSANCE :	

PAI établi pour la période du au(1 an maximum)
--

Je soussigné père, mère, représentant légal, demande pour mon enfant la mise en place d'un Projet d'Accueil individualisé à partir :

- De la prescription médicale
- Du protocole d'intervention

Du Docteur :

Adresse :

Tél :

J'autorise que ce document soit porté à la connaissance des agents de l'accueil collectif de mineurs, en charge de mon enfant, lors des journées passées sur l'accueil ou durant les séjours organisés par la communauté d'agglomération.

Je demande à ces personnes de pratiquer les gestes et d'administrer les traitements prévus dans ce document.

Date : signature du représentant légal

<p>Les parties prenantes ont pris connaissances de la totalité du document et des annexes. Ils s'engagent à le communiquer aux personnels qui pourraient être amenés à les remplacer.</p>	
<p>Le directeur de l'accueil Nom :</p>	<p>le médecin traitant de l'enfant Nom :</p>
<p>Date :</p>	<p>Date :</p>
<p>Signature :</p>	<p>Signature :</p>

Personnes à contacter en cas d'urgence

Les parents ou représentants légaux

	Monsieur	Madame
Nom		
Tél portable		
Tél professionnel		
Tél domicile		

Le responsable de l'accueil collectif de mineurs

	Monsieur	Madame
Nom		
Tél portable		
Tél professionnel		
Tél portable		

Les urgences (si nécessaire)

Sur une ligne fixe	15
Sur un téléphone portable	112

Engagement du directeur/trice de l'accueil de loisirs

- Trousse d'urgence contenant les médicaments prescrits par le médecin

Lieu de rangement de la trousse d'urgence :

En cas de sortie, prendre la trousse d'urgence avec le double de ce document.

- Informer l'ensemble des équipes d'animation de l'existence d'un PAI et des règles de conduite à suivre.

Le directeur de l'ACM :

Date :

Signature :

Engagement des parents

- Les trousses d'urgence sont fournies par les parents et doivent contenir un double de ce document.
- Les parents fournissent les médicaments. Il est de leur responsabilité de vérifier la date de péremption des médicaments, et de les renouveler s'ils sont périmés.
- Les parents s'engagent à contacter le directeur de l'ACM, en cas de changement de la prescription médicale.
- Joindre au PAI, l'ordonnance qui détermine le nom des médicaments, les doses, le mode de prise et les horaires.

Le représentant légal :

Date :

Signature :

BESOIN SPÉCIFIQUE DE L'ENFANT

1/3

À renseigner par le médecin qui suit l'enfant

Restauration collective

- Autorisé
- Non autorisé
- Panier-repas seuls autorisés
- Menus habituels avec éviction simple (lecture des menus par les parents)
- Autres (à préciser).....

Goûter

- Goûter Autorisé
- Goûter habituel avec éviction simple :
- Aucune prise alimentaire autre que le goûter apporté par l'enfant

Les activités

Une attention particulière doit être portée à la manipulation de certains matériaux :

Autres aménagements à détailler :

PROTOCOLE DE SOINS D'URGENCE

2/3

À renseigner par le médecin qui suit l'enfant

Nom de l'enfant :

Prénom :

Date de naissance :

Troubles de la santé ou allergie:

Composition de la trousse d'urgence :

Antihistaminique :

Corticoïde :

Broncho-dilatateur :

Adrénaline injectable :

Autres :

PROTOCOLE DE SOINS D'URGENCE

3/3

À renseigner par le médecin qui suit l'enfant

Symptômes visibles	Signes d'appels	Conduite à tenir dans l'attente des secours

Signature du médecin :