

DOSSIER D'INSCRIPTION

2025 / 2026

ACCUEILS DE LOISIRS – ALAE – RESTAURATION SCOLAIRE

Valable du 1 septembre 2025 au 31 août 2026

ENFANT

- Nom : _____
- Prénom _____
- Né.e le : ____ / ____ / ____ à _____ Sexe : F ☐ M ☐
- Adresse : _____

- Niveau de classe : _____ ☐ Reconnaissance MDPH ☐ Bénéficiaire de l'AEEH

• Etablissement scolaire :

- | | |
|--|--|
| ☐ ROBERT FABRE Maternelle | ☐ ROBERT FABRE Elémentaire |
| ☐ PENDARIES Maternelle | ☐ PENDARIES Elémentaire |
| ☐ LA CHARTREUSE Maternelle | ☐ LA CHARTREUSE Elémentaire |
| ☐ Autres (à préciser) : _____ | |

• Repas

- | | | |
|---------------------------------------|------------------------------------|--------------------------------------|
| ☐ Traditionnel | ☐ Sans porc | ☐ Sans Viande |
|---------------------------------------|------------------------------------|--------------------------------------|

• Accueil de Loisirs :

- | | |
|---|--|
| ☐ LE RADEL (3-5 ans) | ☐ LAURIERE (6-14 ans) |
|---|--|

A REMETTRE DÛMENT REMPLI ET SIGNE DIRECTEMENT A : **Avant le 15 AOUT**

Accueils de Loisirs - Le Radel
9, Chemin du Faubourg Savignac 12200 Villefranche de Rouergue

AVEC LES PIECES SUIVANTES :

- Attestation de Quotient Familial du mois précédent l'inscription délivrée par la Caisse d'Allocations Familiales
- Attestation de Quotient Familial du mois de Janvier 2025 pour les bénéficiaires des pass CAF
- Attestation de Responsabilité Civile pour l'année scolaire 2025-2026
- Photocopie des vaccins
- Copie du jugement si garde exclusive / garde alternée
- Attestation AEEH, si bénéficiaire

ATTENTION : le retour de ce dossier est obligatoire et conditionne la possibilité d'inscrire votre enfant aux accueils de loisirs et restauration scolaire. Tout dossier incomplet ne sera pris en compte

Renseignements administratifs

ENFANT (suite)

- Fait la sieste : OUI ☐ NON ☐
- Sait nager : OUI ☐ NON ☐

FAMILLE

RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LE RESPONSABLE LEGAL 1

- Nom / Prénom : _____
- Situation familiale : Célibataire ☐ Marié.e/Pacsé.e ☐ Union libre ☐ Divorcé.e /Séparé.e ☐ Veuf.ve ☐
- Qualité : Mère ☐ Père ☐ Autre ☐
- Autorité parentale : OUI ☐ NON ☐
- Adresse (si différente de celle de l'enfant) : _____

- Tel domicile : __ / __ / __ / __ / __ Portable : __ / __ / __ / __ / __ Travail : __ / __ / __ / __ / __
- Régime : CAF ☐ MSA ☐ Autre ☐ Si CAF n°allocataire : _____ Mère ☐ Père ☐
- Adresse mail (correspondant au portail famille / inscription & facturation) : _____

RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LE RESPONSABLE LEGAL 2

- Nom / Prénom : _____
- Situation familiale : Célibataire ☐ Marié.e/Pacsé.e ☐ Union Libre ☐ Divorcé.e /Séparé.e ☐ Veuf.ve ☐
- Qualité : Mère ☐ Père ☐ Autre ☐
- Autorité parentale : OUI ☐ NON ☐
- Adresse (si différente de celle de l'enfant) : _____

- Tel domicile : __ / __ / __ / __ / __ Portable : __ / __ / __ / __ / __ Travail : __ / __ / __ / __ / __
- Régime : CAF ☐ MSA ☐ Autre ☐ Si CAF n°allocataire : _____ Mère ☐ Père ☐
- Adresse mail (correspondant au portail famille / inscription & facturation) : _____

ASSURANCE DE L'ENFANT

Responsabilité civile : OUI ☐ NON ☐ Individuelle accident : OUI ☐ NON ☐

- Numéro de sécurité sociale : _____
- Mutuelle (nom et numéro de contrat) : _____
- Compagnie d'assurance : _____
- Adresse de la compagnie d'assurance : _____
- Numéro police d'assurance : _____

AUTORISATIONS

Je.Nous soussigné.e.s, _____

Responsable.s legal.aux de l'enfant _____

Autorise ou autorisons :

- La participation de notre enfant à toutes les activités des accueils de loisirs :
☐ OUI ☐ NON
- Le transport de notre enfant dans le cadre des activités des accueils de loisirs :
☐ OUI ☐ NON
- Mon enfant a être photographié / filmé / enregistré dans le cadre des activités des accueil de loisirs :
☐ OUI ☐ NON
- La diffusion des photos, vidéos et enregistrements sonores sur les communications de la ville :
☐ OUI ☐ NON

PERSONNES A CONTACTER EN CAS D'URGENCE

En plus des responsables légaux, veuillez noter les personnes à contacter en cas d'urgence et / ou autorisées à récupérer l'enfants. Une pièce d'identité peut être demandée.

M./Mme _____ Tel : ____ / ____ / ____ / ____ / ____
☐ A appeler en cas d'urgence ☐ Autorisé.e à récupérer l'enfant Lien avec l'enfant : _____

M./Mme _____ Tel : ____ / ____ / ____ / ____ / ____
☐ A appeler en cas d'urgence ☐ Autorisé.e à récupérer l'enfant Lien avec l'enfant : _____

M./Mme _____ Tel : ____ / ____ / ____ / ____ / ____
☐ A appeler en cas d'urgence ☐ Autorisé.e à récupérer l'enfant Lien avec l'enfant : _____

M./Mme _____ Tel : ____ / ____ / ____ / ____ / ____
☐ A appeler en cas d'urgence ☐ Autorisé.e à récupérer l'enfant Lien avec l'enfant : _____

REGLEMENTS INTERIEURS SIGNATURES :

Nous, représentants légaux, attestons avoir pris connaissance du règlement intérieur des accueils de loisirs et acceptons sans réserve les modalités qui y figurent
☐ OUI ☐ NON

Nous, représentants légaux, attestons avoir pris connaissance du règlement intérieur des accueils de loisirs et acceptons sans réserve les modalités qui y figurent
☐ OUI ☐ NON

Fait à _____

Le ____ / ____ / ____

Signature du représentant légal 1

Signature du représentant légal 2

Fiche Sanitaire de Liaison

ENFANT

Nom / Prénom : _____ Né.e le : ____ / ____ / ____ Sexe : F M

VACCINATIONS (Remplir le tableau et/ou joindre une photocopie du carnet de santé) :

VACCINS	Oui	Non	Date derniers rappels	VACCINS	Oui	Non	Dates
Diphétrie				Hépatite B			
Tétanos				Rubéole - Oreillons - Rougeole			
Poliomyélite				Pneumocoque			
OU DT Polio				Autres (préciser)			
Ou Tétracoq							

RENSEIGNEMENTS MEDICAUX

L'enfant suit-il un traitement médical ? OUI NON

Si oui, joindre une ordonnance **récente** et les **médicaments** correspondants (boîtes de médicaments dans leur emballage d'origine marquées au nom de l'enfant avec la notice).

ALLERGIE OU MALADIE CHRONIQUE

En cas de problème de santé rencontré par l'enfant, sa participation aux activités de la structure pourra être subordonnée à l'établissement d'un Protocole d'Accueil Individualisé (PAI) ou d'un Protocole de Soins d'Urgence pour l'Accueil en Collectivité (PSUAC)

Aucun médicament ne pourra être pris sans ordonnance.

Asthme OUI NON	Allergies médicamenteuses : OUI NON
Allergies alimentaires : OUI NON	Autres (préciser) : _____

Si l'enfant possède déjà un PAI, merci de le renouveler et de le joindre au présent dossier d'inscription.

Autres informations que vous jugez utiles de préciser (exemple : régime alimentaire, lunette, maladie ...) :

Nom / Prénom / Adresse du médecin traitant _____ Tel : ____ / ____ / ____ / ____ / ____

Nous, soussignés représentants légaux de l'enfant _____ résidant au _____

_____ Tel : ____ / ____ / ____ / ____ / ____

déclarons exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorisons les responsables à prendre, le cas échéant, toutes les mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de l'enfant.

Fait à _____

Le ____ / ____ / ____

Signature du représentant légal 1

Signature du représentant légal 2