



DOSSIER D'INSCRIPTION 2026 / 2027 ALSH – ALAÉ – RESTAURATION SCOLAIRE



Valable du 6 Juillet 2026 au 31 août 2027

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

- Votre enfant fréquentera :
 - ☐ La restauration scolaire ☐ Accueil de Loisirs (mercredis/Vacances)
 - ☐ Service ALAÉ (Accueil de Loisirs Associé à l'École)

☐ Radel (3-6 ans)

☐ LAURIERE (6-14 ans)

- Votre enfant
 - Fait la sieste : ☐ OUI ☐ NON ☐ SI BESOIN
 - Sait nager : ☐ OUI ☐ NON (Si oui, merci de nous transmettre l'attestation "Savoir Nager")

A REMETTRE DÛMENT REMPLI ET SIGNÉ DIRECTEMENT À :

Accueils de Loisirs du Radel
9, Chemin du Faubourg Savignac 12200 Villefranche de Rouergue
Tel : 05.65.45.91.25 / Mail : acm@villefranchederouergue.fr

AVEC LES PIECES SUIVANTES :

- ☐ Attestation de Quotient Familial CAF du mois de Janvier de l'année en cours ou PASS Accueil MSA
- ☐ Attestation de Responsabilité Civile pour l'année scolaire 2026-2027
- ☐ Copie du livret de famille (pages parents et enfants)
- ☐ Photocopie des vaccins
- ☐ Copie du jugement si garde exclusive / garde alternée
- ☐ Attestation AEEH, si bénéficiaire
- ☐ Attestation "Savoir Nager"

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

Renseignements administratifs

- Nous souhaitons : ☐ 1 compte père + 1 compte mère (pour les familles séparées) Compléter tous les renseignements
(facturation séparée)
- ☐ 1 compte unique (1 seule facture)

FAMILLE

RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LE RESPONSABLE LÉGAL 1

- Nom / Prénom : Date de naissance :/...../.....
- 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) :
..... Employeur :
- Fixe domicile : ____/____/____/____/____ Portable : ____/____/____/____/____ Travail : ____/____/____/____/____
- Régime : ☐ CAF n°allocataire : ☐ MSA ☐ Autre
- Adresse mail (pour l'accès au portail famille / inscription & facturation) :
.....

RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LE RESPONSABLE LÉGAL 2

- Nom / Prénom : Date de naissance :/...../.....
- 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) :
..... Employeur :
 - Fixe domicile : ____/____/____/____/____ Portable : ____/____/____/____/____ Travail : ____/____/____/____/____
 - Régime : ☐ CAF n°allocataire : ☐ MSA ☐ Autre
 - Adresse mail (pour l'accès au portail famille / inscription) :
.....

ASSURANCE DE L'ENFANT (attestation d'assurance à fournir obligatoirement)

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

- Numéro de sécurité sociale :
- Compagnie d'assurance :
- Adresse de la compagnie d'assurance :
- Numéro police d'assurance :

AUTORISATIONS

Nous 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 AUTORISÉES A RÉCUPÉRER L'ENFANT ET/OU A CONTACTER EN CAS D'URGENCE
(autres que les représentants légaux) 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 :

RÈGLEMENTS INTÉRIEURS SIGNATURES :

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

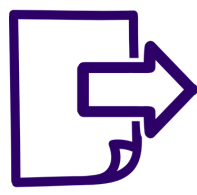
☐ OUI ☐ NON

Fait à Le / /



Signature du représentant légal 1 Signature du représentant légal 2

* Règlement intérieur disponible en scannant ce QR Code, à l'Accueil de Loisirs, sur le site internet de la Mairie ou sur le Portail Famille



Fiche Sanitaire de Liaison

VACCINATIONS DE L'ENFANT (Remplir le tableau ET joindre **OBLIGATOIREMENT** une photocopie du carnet de santé) :

VACCINS	Date derniers rappels	VACCINS	Date derniers rappels
Diphétrie / Tétanos / Poliomyélite (DTP)		Pneumocoque	
Coqueluche		Rubéole - Oreillons - Rougeole (ROR)	
Haemophilus influenzae B		Méningocoque	
Hépatite B		Autres (préciser)	

RENSEIGNEMENTS MEDICAUX

L'enfant suit-il un traitement médical sur le temps d'accueil ? ☐ 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

Existe-t-il un PAI (Protocole d'Accueil Individualisé) ? ☐ OUI ☐ NON

Si oui, merci de le joindre au présent dossier d'inscription.
Aucun médicament ne pourra être pris sans ordonnance.

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

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

.....

Nom / Prénom / Adresse du **médecin traitant** Tel : __ / __ / __ / __ / __

Nous, soussignés représentants légaux de l'enfant
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