



**Accueil de loisirs
d'Anstaing**

2020

S'INSCRIRE

portail-animation.ufcv.fr



Ufcv Hauts de France
234 rue Saint Hubert
59830 BOUVINES



L'inscription des mercredis récréatifs s'organise en mairie ; la démarche explicitée ci-dessous concerne uniquement l'accueil de loisirs de l'été.

1 Qu'est-ce que l'inscription ?

L'inscription d'un enfant à un accueil Ufcv consiste à réunir l'ensemble des informations et des autorisations nécessaires à son accueil et à les transmettre aux services de l'Ufcv.

L'inscription est valable pour une année scolaire et est indispensable à la prise en charge de chaque enfant par l'Ufcv. Elle atteste de l'accord des responsables légaux à accueillir leurs enfants dans des dispositifs péri ou extrascolaire, encadrée juridiquement par le code de l'action sociale et des familles.

Tous les accueils Ufcv font l'objet d'une ouverture déclarée aux pouvoirs publics et se conforment aux obligations réglementaires en vigueur. L'inscription des enfants à ces accueils permettent avant tout à l'Ufcv de disposer des renseignements utiles à sa prise en charge, notamment :

- Les **informations générales** concernant la famille et l'enfant (adresse, quotient, familial, situation familiale...).
- Les **informations d'ordre médicales** liées à l'enfant (vaccination, médecin traitant, allergies...).
- Les **accords parentaux** pour certains aspects liés au fonctionnement de l'accueil (autorisation de sortie, droits à l'image...).

Attention ! L'inscription est une formalité différente de la réservation.

2 Comment s'inscrire ?

L'inscription s'effectue auprès des services l'Ufcv :

- 1 **En retirant votre dossier**
 - auprès de nos bureaux
 - à la mairie d'Anstaing
 - sur le site internet de l'Ufcv : portail-animation.ufcv.fr
- 2 **En nous le renvoyant par courrier à l'adresse suivante :**

SERVICE ACCUEILS DE LOISIRS
234 rue St Hubert
59830 Bouvines
Ou par mail à : ufcvhautsdefrance@ufcv.fr

Dès l'enregistrement de votre dossier par nos services, un email de confirmation vous sera adressé vous indiquant la création de votre espace personnel sécurisé (accessible via portail-animation.ufcv.fr en cliquant sur *mon compte*).

En vous connectant, vous pourrez ainsi vérifier (et/ou modifier si nécessaire) les informations concernant votre situation et accéder à d'autres services personnels.



1 L'ENFANT

Nom: Prénom:

Garçon Filles Date de naissance :

Age : Classe fréquentée :

Pour les extérieurs scolarisés à Anstaing, précisez l'école :

2 L'ACCUEIL UFCV

Commune de :

ACCUEIL DE LOISIRS

3 RESPONSABLE LÉGAL N°1 Père Mère Autre :

Nom: Prénom: Email

Adresse: CP: Ville:

Tél port. Tél maison Tél prof

La facturation est faite par défaut au responsable N°1. Pour facturer le responsable N°2, merci de cocher cette case :

4 RESPONSABLE LÉGAL N°2 Père Mère Autre :

Nom: Prénom: Email

Adresse: CP: Ville:

Tél port. Tél maison Tél prof

5 ENFANTS À CHARGE Nombre:

6 RENSEIGNEMENTS CAF

Caisse d'Allocations Familiales ou MSA ou autres régimes (à préciser) de :

N° d'allocataire :

7 OPTIONS D'INSCRIPTION

Les vacances d'été

Il s'agit seulement de préciser les périodes auxquels votre enfant sera susceptible de participer. Ne constitue pas une réservation.

8 OPTIONS DE RÈGLEMENT

Souhaitez-vous régler vos factures ? par chèque bancaire, CESU ou ANCV envoyé à la délégation Ufcv

par prélèvement automatique (joindre un RIB) par carte bleue dans votre espace internet personnel

La facture est systématiquement envoyée par mail et toujours disponible sur votre espace personnel.

Souhaitez-vous recevoir vos factures par courrier ? oui non

9 DÉCLARATIONS ET SIGNATURES

- J'ai pris connaissance du règlement intérieur de l'accueil et je l'accepte dans son intégralité.
- J'autorise mon enfant à participer aux sorties éventuelles organisées par la structure d'accueil.
- J'autorise la direction de l'accueil de loisirs à prendre le cas échéant toutes mesures (traitement médicales, hospitalisation, intervention chirurgicales) rendues nécessaires par l'état de mon enfant.
- Je m'engage à payer l'intégralité des frais liés à l'accueil de mon enfant à réception du relevé de frais.
- J'autorise la personne habilitée à consulter mon quotient familial sur le site de la Caf.
- Je m'engage à signaler tout changement de situation concernant les informations communiquées dans ce dossier.

| | |
|------------------------|---|
| Cadre réservé à l'UFCV | LES PIÈCES A REMETTRE AVEC CE DOSSIER : <input type="checkbox"/> Attestations CAF <input type="checkbox"/> photocopie des vaccins <input type="checkbox"/> La fiche d'inscription <input type="checkbox"/> La fiche sanitaire de liaison <input type="checkbox"/> La fiche des autorisations parentales |
| | <input type="checkbox"/> DOSSIER COMPLET |

Rappel des Pièces à joindre au dossier :

- Copie du **dernier avis d'imposition** ou **attestation de la CAF** indiquant le quotient familial.
- Copie du **justificatif d'Aide au Temps Libre** pour les familles en bénéficiant.
- **RIB** si vous avez choisi le prélèvement automatique.

Fait à :

Le :

Nom du signataire:

Signature:



Fiche sanitaire de liaison

A retourner à l'UFCV

Cette fiche permet de recueillir des informations utiles pendant l'accueil de l'enfant. Elle évite de vous démunir de son carnet de santé. Elle est à actualiser en fonction de l'état sanitaire de votre enfant.

1 L'ENFANT

Nom : Prénom : Date de Naissance:/...../..... Garçon Fille
Classe fréquentée : Age :

2 RESPONSABLE DE L'ENFANT

Père Mère Autre : Nom : Prénom :
Adresse : CP : Ville :
Parent 1: Tél port. Tél maison Tél prof
Parent 2: Tél port. Tél maison Tél prof

3 VACCINATIONS (se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccinations de l'enfant)

| VACCINS OBLIGATOIRES | OUI | NON | DATES DU DERNIER RAPPEL |
|----------------------|-----|-----|-------------------------|
| Diphthérie | | | |
| Tétanos | | | |
| Poliomyélite | | | |
| Ou DT pol io | | | |
| Ou Tetracoq | | | |
| Autres (préciser) | | | |

| VACCINS RECOMMANDÉS | DATES DU DERNIER RAPPEL |
|----------------------------|-------------------------|
| Hépatite B | |
| Rubéole—Oreillons—Rougeole | |
| Coqueluche | |
| Autre (préciser) | |

Si l'enfant n'a pas les vaccins obligatoires joindre un certificat médical de contre-indication. **ATTENTION ! Le vaccin antitétanique ne présente aucune contre-indication.**

4 RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX CONCERNANT L'ENFANT

L'enfant suit-il un traitement médical pendant le séjour ?

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). Aucun médicament ne pourra être pris sans ordonnance.

Votre enfant à t'il déjà eu les maladies suivantes :

| | | | |
|------------------|---|------------|---|
| Rubéole | OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> | Scarlatine | OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> |
| Rhumatisme | | Rougeole | OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> |
| articulaire aigu | OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> | Angine | OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> |
| Otite | OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> | Coqueluche | OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> |
| Varicelle | OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> | Oreillons | OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> |

Vous enfants à t'il des allergies

Asthme OUI NON

Médicamenteuses OUI NON

Alimentaires OUI NON

Préciser la cause de l'allergie et la conduite à tenir (si automédication le signaler) :

Si autre, préciser ci-contre :

Indiquez ci-après : les difficultés de santé (maladie, accident, crises convulsives, hospitalisation, opération, rééducation) en précisant les dates et les précautions à prendre :

5 RECOMMANDATIONS UTILES DES RESPONSABLES LÉGAUX

Votre enfant porte-t-il des lentilles, des lunettes, des prothèses auditives, des prothèses dentaires, etc... précisez :

En tant que responsable légal, j'autorise la direction du centre à faire soigner mon enfant (traitement, hospitalisation) et à faire pratiquer les interventions chirurgicales (anesthésie comprise) en cas de nécessité. J'accepte de payer l'intégralité des frais médicaux ou d'hospitalisation éventuels.

Fait à : Nom du signataire: Signature:
Le:



Fiche d'autorisations

A retourner à l'UFCV

Nom de l'accueil de loisirs :

Année scolaire :

1 L'ENFANT

Nom: Prénom:..... Date de Naissance:/...../..... Garçon Fille

2 LE RESPONSABLE LÉGAL

Nom: Prénom:..... Lien avec l'enfant : Père Mère
 Autre, précisez :

3 DROIT À L'IMAGE

J'autorise l'Ufcv à utiliser l'image de mon enfant, dans tout support de communication (site internet Ufcv, site de la collectivité, brochures, vidéos, support audio, journaux, blog famille, activités du centre, photographie, newsletter) pour une durée indéterminée et à des fins non commerciales en France.

Fait à : Le : Signature:

4 AUTORISATION DE SORTIE

En tant que responsable légal, j'autorise mon enfant à repartir seul aux heures de départ de l'accueil OUI NON

En tant que responsable légal, j'autorise les personnes suivantes à récupérer mon enfant aux heures de départ de l'accueil. Ces dernières devront se munir d'une preuve d'identité, ce sans quoi l'enfant ne pourrait pas quitter l'accueil.

L'autorisation est valable de la date de signature jusqu'au 31 décembre 2020, sauf si j'indique une date de fin antérieure en quatrième colonne du tableau.

| NOM | PRÉNOM | LIEN AVEC L'ENFANT | DATE DE FIN DE VALIDITÉ |
|-----|--------|--------------------|-------------------------|
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

Fait à : Le :

Signature: