

**Dossier d'inscription**  
**Accueil de loisirs CLAIRMATIN**  
**SAINT OURS LES ROCHES**  
**Année scolaire 2023-2024**



**Centre d'Animation Clair Matin**  
**St Ours les roches :**

16 Place de l'église  
63 230 ST OURS-LES-ROCHES  
Tél : 04 73 74 45 85

[Al-clairmatin@ufcv.fr](mailto:Al-clairmatin@ufcv.fr)

**Centre de facturation et paiement :**  
**Ufcv Auvergne**

11 rue Montlosier – 63000 Clermont Fd  
Tel : 04 73 74 45 60 - Fax : 04 73 91 08 44  
[auvergne@ufcv.fr](mailto:auvergne@ufcv.fr)

## 1 L'ENFANT

Nom: ..... Prénom: .....  Garçon  Fille

Date de naissance : ..... Scolarisé sur la commune : .....

Coller ici une  
photo de l'enfant

## 2 RESPONSABLE LÉGAL N°1 Père Mère Autre : .....

Nom: ..... Prénom: ..... Date de naissance : .....

Email .....

Adresse: ..... CP: ..... Ville: .....

Tél port. .... Tél maison ..... Tél prof .....

Employeur : ..... Lieu de travail : .....

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

Adresse de connexion pour le portail famille : .....

## 3 RESPONSABLE LÉGAL N°2 Père Mère Autre : .....

Nom: ..... Prénom: ..... Date de naissance : .....

Email .....

Adresse: ..... CP: ..... Ville: .....

Tél port. .... Tél maison ..... Tél prof .....

Employeur : ..... Lieu de travail : .....

## 4 ENFANTS À CHARGE Nombre : .....

## 5 RENSEIGNEMENTS CAF / MSA

Caisse d'Allocations Familiales ou MSA de : .....

N° d'allocataire : .....

## 6 REGIME APPARTENANCE \*

Régime général  MSA

\* Rappel : le régime est déterminé en fonction de l'organisme auquel la famille demande ou demanderait pour son enfant les prestations familiales (allocations familiales, complément familial...).

## 7 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.

### Rappel des Pièces à joindre au dossier :

- Copie du dernier avis d'imposition pour les personnes non allocataires ou attestation de la CAF ou MSA indiquant le quotient familial
- Copie des vaccinations
- Copie du PAI si l'enfant relève d'un PAI

Fait à :

Le :

Nom du signataire:

Signature:

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

## 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)

**Obligatoire : Fournir la photocopie du carnet de santé avec les vaccins à jours au nom de l'enfant.**

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 l'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). Aucun médicament ne pourra être pris sans ordonnance.*

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

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

Votre enfant à t'il des allergies

**Asthme** OUI  NON

**Médicamenteuses** OUI  NON

**Alimentaires** OUI  NON

Si autre, préciser ci-contre :

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

.....  
.....  
.....

**Votre enfant a-t-il un PAI ?** OUI  NON  Si oui, joindre une copie du PAI avec la fiche sanitaire

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

**TYPE DE REPAS :** Classique  Sans viande  Sans porc

## 5 RECOMMANDATIONS UTILES DES RESPONSABLES LÉGAUX

**Votre enfant bénéficie de l'AEEH ?** OUI  NON

**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 :

## 1 L'ENFANT

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

## 2 RESPONSABLES LÉGAUX

Nom: ..... Prénom : .....  Père  Mère  Autre, précisez : .....

Nom: ..... Prénom : .....  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.

Oui  Non

## 4 AUTORISATION DE SORTIE

1 - En tant que responsable légal, j'autorise mon enfant à sortir seul du centre Oui  Non

2 - 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 août de l'année scolaire en cours, sauf si j'indique une date de fin en quatrième colonne du tableau.

NOM	PRÉNOM	LIEN AVEC L'ENFANT	NUMEROS DE TELEPHONE	Date validité inférieure à fin année scolaire

## 5 AUTORISATION DE TRANSPORTS

Autorise(nt) l'équipe de l'accueil de loisirs à transporter mes(nos) enfants dans le cadre des activités organisées par l'Accueil de Loisirs Oui  Non

J'ai pris connaissance que selon la distance, la durée et le type de l'activité, différents moyens de transport peuvent être utilisés (Minibus, Bus de ligne, Car de tourisme, etc...)

L'UFCV atteste que le moyen de transport utilisé fera l'objet de vérification sur l'état du véhicule, sur l'aptitude du conducteur à prendre la route, qu'une assurance spécifique concernant le transport d'enfant soit souscrite et qu'un dispositif de sécurité soit adapté à l'enfant (rehausseur) afin de respecter la réglementation spécifique liée aux accueils collectifs de mineurs.

Fait à :

Le :

Signature: