

# Dossier d'inscription Année 2019-2020 Accueil de Loisirs Rouffiac-Tolosan

À renvoyer par mail à [rouffiac@ufcv.fr](mailto:rouffiac@ufcv.fr)  
ou par courrier : Alsh Ufcv – Chemin de Hollande  
31180 Rouffiac-Tolosan



Accueil de Loisirs  
Chemin de Hollande  
31180 Rouffiac-Tolosan  
05-61-09-92-85

Vous retrouverez toutes les informations nécessaires à l'inscription de votre enfant sur :

<http://portail-animation.ufcv.fr/accueil-loisirs-rouffiac/>

Dossier d'inscription, fiche de réservation, tarifs, règlement intérieur et les plannings



# Fiche d'inscription 2019-2020

## 1. L'ENFANT

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

Date de naissance : / / Lieu de naissance : .....

Ecole fréquentée :

Photo de  
l'enfant

## 2. L'ACCUEIL UFCV

ALSH 3-10 ans  Espaces jeunes 10-17 ans

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

Nom: ..... Prénom: ..... Email: .....

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

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

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

Nom: ..... Prénom: ..... Email: .....

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

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

## 5. ATTESTATION ASSURANCE (extra scolaire ou responsabilité civile) :

N° de contrat : ..... Compagnie d'assurance : .....

## 6. RENSEIGNEMENTS CAF

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

N° d'allocataire : .....

**Le directeur de l'accueil de Loisirs sera amené à consulter CDAP afin de regarder votre Quotient familial pour vous facturer au plus près de vos ressources.**

## 7. FACTURATION :

J'accepte de recevoir ma facture par email en lieu et place d'une version postale  Oui  Non

## 8. 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 médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) 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 CDAP.
- Je m'engage à signaler tout changement de situation concernant les informations communiquées dans ce dossier.

Fait à :

Le :

Nom du signataire:

Signature:



# Fiche sanitaire de liaison 2019-2020

Cette fiche permet de recueillir des informations utiles pendant l'accueil de l'enfant. Tout changement de l'état de santé de votre enfant devra être signalé dans les meilleurs délais à la direction.

## 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 .....

Numéro de sécurité sociale (Affilié à l'enfant) ..... Caisse : .....

## 3. VACCINATIONS (compléter ou joindre la photocopie du carnet de vaccination)

VACCINS OBLIGATOIRES	OUI	NON	DATES DU DERNIER RAPPEL
Diphthérie			
Tétanos			
Poliomyélite			
Ou DT polio			
Ou Tetracoq			
Autres (préciser)			

## 4. RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX CONCERNANT L'ENFANT

Reconnaissance MDPH OUI  NON  Bénéficiaire de l'AAEH OUI  NON

L'enfant suit-il un traitement médical permanent (PAI) ?

OUI  NON  Si oui joindre une copie du PAI ainsi qu'une trousse de secours complète conforme au PAI

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

Varicelle OUI  NON

Rubéole OUI  NON

Scarlatine OUI  NON

Angine OUI  NON

Coqueluche OUI  NON

Rougeole OUI  NON

Oreillons OUI  NON

Otite OUI  NON

Rhumatisme articulaire OUI  NON

### Allergies :

Asthme OUI  NON

Médicamenteuses OUI  NON

Alimentaires OUI  NON

Les piqûres d'insectes OUI  NON

Précisez : .....

Informations complémentaires : Difficultés de santé (maladie, accident, crises convulsives, hospitalisation, opération, rééducation).

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 :

.....

Avez-vous des informations et/ou des conseils à communiquer à l'équipe pour accompagner votre enfant sur le temps du repas ?

.....

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. LE RESPONSABLE LÉGAL

Nom: ..... Prénom:.....

Lien avec l'enfant :  Père  Mère  Autre, précisez :

## 3. DROIT D'UTILISATION CDAP

J'autorise l'Ufcv à utiliser mon numéro d'allocataire CAF afin de voir mon Quotient Familial, en vue de déterminer la tranche de ma participation financière la plus adaptée.

Fait à :                      Le :                      Signature:

## 4. 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:

## 5. PERSONNES AUTORISEES A RECUPERER L'ENFANT

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, sans laquelle 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. **J'informe la direction de tout changement dans ces autorisations (rajout ou annulation).**

NOM	PRÉNOM	LIEN AVEC L'ENFANT	TELEPHONE

Fait à :                      Le :                      Nom du signataire et signature :

## 6. AUTORISATION DE SORTIE ESPACE JEUNES

L'autorisation est valable de la date de signature jusqu'au 31 août de l'année scolaire en cours. **J'informe la direction de tout changement dans ces autorisations (rajout ou annulation).**

AUTORISATIONS	OUI	NON	COMMENTAIRES
En tant que responsable légal, j'autorise mon enfant à sortir seul de l'espace jeunes sans la présence d'un adulte			
En tant que responsable légal, j'autorise mon enfant à sortir en groupe de l'espace jeunes sans la présence d'un adulte			

Fait à :                      Le :                      Nom du signataire et signature :