



---

**Accueil de loisirs**

**S'INSCRIRE**

[portail-animation.ufcv.fr](http://portail-animation.ufcv.fr)



**UFCV COTE D'AZUR**  
**18 RUE Catherine Ségurane**  
**06300 NICE**  
**[Animation.paca@ufcv.fr](mailto:Animation.paca@ufcv.fr)**



### 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 durée d'un an** (année civile). Elle 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, encadrés 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 médical** 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 remplissant le dossier ci-joint
- 2 En le déposant directement auprès de votre commune, dûment complété et accompagné des pièces afférentes (voir rubrique suivante).

### 2 Quelles sont les pièces à remettre à l'Ufcv ?

Le dossier d'inscription est composé

#### 1 Des formulaires d'inscriptions :

- La fiche d'inscription
- La fiche sanitaire de liaison
- PAI si nécessaire
- La fiche des autorisations parentales
- Une photo d'identité de l'enfant

#### 2 Des pièces administratives complémentaires :

- Attestation CAF précisant votre Quotient Familial
- Attestation d'assurance RC
- Photocopie des vaccinations
- Test d'aisance aquatique ou brevet de natation pour les enfants âgés de + 6 ans
- Jugement de séparation ou de divorce





## Fiche d'Inscription

### 1 L'ENFANT

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

Date de naissance : ..... Age : .....ans

Photo de l'enfant

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

Nom: ..... Prénom: ..... Profession : .....

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

Tél maison : ..... Tél portable : ..... Tél prof : .....

Mail .....

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

Nom: ..... Prénom: ..... Profession : .....

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

Tél maison : ..... Tél portable : ..... Tél prof : .....

Mail .....

Situation familiale :  Mariés  Pacsés  Union libre  Célibataire  Séparés  Divorcés  Veuf (ve)

### 5 RENSEIGNEMENTS ALLOCATAIRES (si vous ne possédez pas d'attestation CAF vous devez fournir le dernier avis d'imposition)

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

Quotient Familial : .....

### 6 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 être transporté en minibus, transport en commun et ou transport privé pour les activités prévues dans le cadre de l'accueil de loisirs.
- J'autorise mon enfant à participer aux activités et sorties 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, interventions 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.
- Je m'engage à signaler tout changement de situation concernant les informations communiquées dans ce dossier.
- Je m'engage à contracter une assurance en responsabilité civile couvrant mon enfant lors des activités organisées par l'accueil.

Fait à :

Le :

Nom du signataire:

Signature:



## Fiche d'autorisations

Nom de l'accueil de loisirs

Année :

### 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.

### 4 AUTORISATION DE SORTIE

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

NOM	PRÉNOM	N° de téléphone	DATE DE FIN DE VALIDITÉ

J'autorise mon enfant à quitter l'accueil de loisirs seul et par ses propres moyens : Non  Oui  à partir de .....h  
Cette autorisation est valable pour les enfants à partir de 10 ans.

Fait à :

Le :

Signature:



# Fiche Sanitaire de liaison

## 1 L'ENFANT

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

## 2 RESPONSABLE LEGAL DE L'ENFANT

Nom : ..... Prénom : .....

Date de naissance..... âge : .....  garçon  fille

Père  Mère  Autre : ..... Nom : ..... Prénom : .....

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

Père : ..... Tél port. .... Tél maison ..... Tél prof .....

Mère : ..... Tél port. .... Tél maison ..... Tél prof .....

Numéro de sécurité sociale : .....

## 3 VACCINATIONS

- J'atteste que mon enfant satisfait aux obligations de vaccinations et joins la copie du carnet de vaccinations
- J'atteste que mon enfant ne satisfait pas aux obligations de vaccinations et joins le 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 :

<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"/>

Particularités sanitaires/Allergies :

**Asthme** OUI  NON

**Médicamenteuses** OUI  NON

**Alimentaires** OUI  NON

Si autre, préciser ci-contre :

Votre enfant possède-t-il un PAI ? OUI  NON

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

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, suit-il un régime alimentaire etc... précisez :

En tant que responsable légal, j'autorise la direction du centre à prendre toutes les mesures nécessaires en cas d'urgence (traitement, hospitalisation) et la pratique de toutes interventions chirurgicales ou anesthésiques décidées par un médecin. J'accepte de payer l'intégralité des frais médicaux ou d'hospitalisation éventuels.

Fait à :

Le :

Signature: