

Accueil de loisirs

2022/2023

**Ufcv Hauts de France**

A rendre 2 semaines avant l’ouverture

**Ufcv Hauts de France**



# ❶ Qu’est-ce que l’inscription ?

**Le dossier administratif**

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 l’année civile 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 (droits à l’image…).

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

# ❷ Comment s’inscrire ?

❶ **En retirant votre dossier**

* A la mairie de Vaux-sur-Somme
* A l’accueil de loisirs

## ❷ En nous le renvoyant par courrier à l’adresse suivante :

*MAIRIE DE VAUX-SUR-SOMME*

*1 Rue du Calvaire, 80800*

**Ou par mail à** : [siscovauxsursomme@ufcv.fr](mailto:siscovauxsursomme@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-](http://portail-animation.ufcv.fr/) [animation.ufcv.fr](http://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.



**Fiche d’inscription annuelle**

## ❶ L’ENFANT

## Nom: ……………………………………… Prénom: ……………………………

|  |  |
| --- | --- |
| Cadre réservé à l’UFCV | **LES PIECES A REMETTRE AVEC CE DOSSIER :**   * Attestations CAF ou impôts * Photocopie des vaccins * La fiche d’inscription * La fiche sanitaire de liaison * La fiche des autorisations parentales |
| □ **DOSSIER COMPLET** |

 Garçon  Fille Date de naissance : …………………………….

Age : …………………… Ecole : …………………………….

## ❷ L’ACCUEIL DE LOISIRS UFCV

Commune de : ………………………...……………………………...

**❸ 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 :

#### ❹ RESPONSABLE LÉGAL N°2 🗆 Père 🗆 Mère 🗆 Autre : ………………..………...

Nom: …………………………………………… Prénom: …………………………………… Email ………………………………………………………………………………..

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

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

## ❺ ENFANTS À CHARGE Nombre: …………………

**❻ RENSEIGNEMENTS CAF**

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

N° d’allocataire : ………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

## ❼ OPTIONS DE RÈGLEMENT

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

 par prélèvement bancaire (joindre RIB)

 par carte bleue dans votre espace internet personel

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

Souhaitez-vous recevoir vos factures par courrier ?  oui  non

*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.

## ❽ DÉCLARATIONS ET SIGNATURES

* J'ai pris connaissance du règlement intérieur de l'accueil et je l’accepte dans son intégralité.
* 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.

#### Fait à : Nom du signataire : Signature :

#### Le :



## ❶ L’ENFANT

**Fiche sanitaire de liaison**

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

## ❷ 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 : ……………………………………………….... Adresse de votre CPAM :………………………………..………………………….……

#### ❸ VACCINATIONS (se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccinations de l’enfant)

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **VACCINS OBLIGATOIRES** | **OUI** | **NON** | **DATES DU DERNIER RAPPEL** |
| **Diphtérie** |  | | |
| **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.**

## ❹ RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX CONCERNANT L’ENFANT

**Votre enfant a-t-il déjà eu les maladies suivantes :**

|  |  |
| --- | --- |
| **Rubéole** OUI  NON   **Rhumatisme**  **Articulaire aigu** OUI  NON   **Otite** OUI  NON   **Varicelle** OUI  NON  | **Scarlatine** OUI  NON   **Rougeole** OUI  NON   **Angine** OUI  NON   **Coqueluche** OUI  NON   **Oreillons** OUI  NON  |

#### Votre enfant a-t-il des allergies Préciser la cause de l’allergie et la conduite à tenir (si automédication le signaler) :

**Asthme** OUI  NON  **Médicamenteuses** OUI  NON  **Alimentaires** OUI  NON  **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 : …………...……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….

## ❺ 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 :



**Nom de l’accueil de loisirs :** …………..………………………..……………

**Fiche d’autorisations**

**Année scolaire :** …………..………………………..……………………………...

## ❶ L’ENFANT

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

## ❷ LE RESPONSABLE LÉGAL

Nom: ………………………………...…… Prénom:….……………………………. Lien avec l’enfant :  Père  Mère

 Autre, précisez : ……………………….

## ❸ 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:

## ❹ 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 août 2023, 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 :