

DOSSIER D'INSCRIPTION Accueil de Loisirs et Péri-scolaire



Accueil de Loisirs de Sainte-Maxime

Rue Gaston Rebuffat - Quartier les Bosquette - 83120 Sainte - Maxime

Tel : 04 94 81 95 63 – Mail : al.saintemaxime@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 à compter du 04 Septembre 2023 (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 de l'UFCV :

- 1 En remplissant le dossier ci-joint,
- 2 En le déposant directement auprès de l'accueil UFCV de votre commune, dument complété et accompagné des pièces afférentes (voir rubrique suivante).

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*). À compter du 16 décembre 2016.

En vous connectant, vous pourrez ainsi vérifier les informations concernant votre situation et accéder à d'autres services personnels.

3 Quelles sont les pièces à remettre à l'UFCV ?

Le dossier d'inscription est composé :

- | | |
|--|---|
| <p>1 Des formulaires d'inscriptions :</p> <ul style="list-style-type: none"> <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"/> Les fiches de réservations (facultatif), <input type="checkbox"/> Une photo d'identité de l'enfant, <input type="checkbox"/> PAI si nécessaire de l'école ou de l'UFCV <input type="checkbox"/> Coupon acceptation du Règlement Intérieur, <input type="checkbox"/> Formulaire de consentement du traitement des données personnelles, | <p>2 Des pièces administratives complémentaires :</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Attestation CAF et N° Allocataire, <input type="checkbox"/> Attestation d'assurance RC, <input type="checkbox"/> RIB (si prélèvement), <input type="checkbox"/> Justificatif de domicile de moins de 3 mois, <input type="checkbox"/> Photocopie des vaccinations, <input type="checkbox"/> Attestation employeur pour justifier d'une activité professionnelle, <input type="checkbox"/> Test d'aisance aquatique ou brevet de natation + 6 ans, <input type="checkbox"/> Jugement de séparation ou de divorce. |
|--|---|



1 L'ENFANT

Nom : _____ Prénom : _____ Garçon Fille

Date de naissance : / / Age : ans

Photo de
l'enfant

2 RESPONSABLE LÉGAL N°1 Père Mère Autre :

Nom : _____ Prénom : _____ Profession : _____

Adresse : _____ CP : _____ Ville : _____

Tél maison : _____ Tél portable : _____ Tél prof : _____

Mail : _____ @

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

3 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)

4 RENSEIGNEMENTS ALLOCATAIRES

(Si vous ne possédez pas d'attestation CAF et si vous dépendez du régime de la MSA, vous devez nous fournir une attestation MSA et dans le cas contraire, votre avis d'imposition N-2)

Caisse d'Allocations Familiales MSA

N° d'allocataire : _____ Quotient Familial : _____

5 OPTIONS DE RÈGLEMENT Comment souhaitez-vous régler vos factures ?

- en espèce au secrétariat du centre à réception de la facture par mail
- par chèque au secrétariat du centre à réception de la facture par mail
- par prélèvement automatique (joindre un RIB) : facture envoyée par mail ou sur l'espace personnel
- par carte bleue dans votre espace internet personnel : facture envoyée par mail ou sur l'espace personnel
- par chèque ANCV ou CESU au secrétariat du centre à réception de la facture par mail
- Je souhaite recevoir la facture par courrier.

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 prendre le bus le mercredi à partir de 11h30 pour se rendre sur l'accueil de loisirs où il est inscrit.
- 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.
- J'autorise la personne habilitée à consulter mon quotient familial sur le site de la Caf. A défaut de l'acceptation de cette disposition, je m'engage à fournir le justificatif de mon QF.
- 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 :

1 L'ENFANT

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

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.

Oui Non date : / / Signature :

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 TELEPHONE	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 :

1 L'ENFANT

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

2 RESPONSABLE LEGAL DE L'ENFANT

Nom : _____ Prénom : _____ Lien avec l'enfant : Père Mère Autre
 Si Autre, précisez : _____
 Tél port : _____ Tél maison : _____ Tél prof : _____
 Numéro de sécurité sociale : _____
Droit à l'image : (Reportez votre choix de la fiche des autorisations parentales) oui non

3 PERSONNE A CONTACTER EN CAS D'URGENCE

Nom : _____ Prénom : _____ Tél : _____

4 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.

5 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 a-t-il déjà eu les maladies

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

Particularités sanitaires/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 :

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

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

6 RECOMMANDATIONS UTILES DES RESPONSABLES LÉGAUX

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

Régime alimentaire : OUI NON Si oui, merci de préciser :

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 : _____