

## Dossier d'inscription Année 2024 Accueil de Loisirs / Espaces jeunes Cagnac-les-Mines

À renvoyer par mail à [alsh.cagnac@ufcv.fr](mailto:alsh.cagnac@ufcv.fr) / [accueilados.cagnac@ufcv.fr](mailto:accueilados.cagnac@ufcv.fr)  
ou par courrier : Alsh Ufcv- rue des coquelicots  
81130 Cagnac-les-Mines



Accueil de Loisirs  
Rue des coquelicots  
81130 Cagnac-les mines  
05-63-56-26-64

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

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

<http://portail-animation.ufcv.fr/espaces-jeunes-cagnac/>

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

### 1. L'ENFANT

Nom: ..... Prénom: .....  Garçon  Fille  
 Date de naissance : / / Lieu de naissance : .....  
 Ecole fréquentée :



### 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 et MSA

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

N° d'allocataire (CAF) : ..... N° de Sécurité Sociale (MSA) : .....

**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

Je souhaite adhérer au prélèvement automatique de mes factures  Oui  Non

(si oui, merci de joindre obligatoirement un RIB)

### 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:

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
Diphtérie			
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 :

