

Dossier d'inscription Accueil de Loisirs de Camarsac Année 2024/2025

À renvoyer par mail à alcamarsac@ufcv.fr
Contact : 05 56 56 55 40



Vous retrouverez toutes les informations nécessaires à l'inscription de votre enfant sur :
<http://portail-animation.ufcv.fr/>

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



Fiche d'inscription

1 L'ENFANT

Nom: Prénom: Garçon Fille

Date de naissance : / / Lieu de naissance :

Ecole fréquentée :

2 L'ACCUEIL UFCV

L'inscription à ces périodes ne constitue pas une réservation.

Accueil de loisirs de CAMARSAC : Mercredis et vacances scolaires	
--	--

3 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 :

Adresse de connexion pour le portail famille :

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 :

Obligatoire : Fournir l'attestation d'assurance à jour au nom de l'enfant.

6 RENSEIGNEMENTS CAF

Régime (général ou MSA) :

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 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

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 régionale :

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)			

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 anti-tétanique ne présente aucune contre-indication.

Obligatoire : Fournir la photocopie du carnet de santé avec les vaccins à jours au nom de l'enfant.

4 RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX CONCERNANT L'ENFANT

Votre enfant à t-il déjà eu les maladies suivantes :

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

Rubéole OUI NON

Rougeole OUI NON

Otite OUI NON

Angine OUI NON

Varicelle OUI NON

Coqueluche OUI NON

Scarlatine OUI NON

Oreillons OUI NON

Votre enfant bénéficie de l'AAEH ? 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

Les piqûres d'insectes 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 :

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:



Fiche d'autorisations

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 CAFPRO

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 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, 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 RELATIVE A LA COMMUNICATION

J'autorise l'UFCV à utiliser mon adresse mail à des fins de communication relative aux différentes activités de l'association.

7 DOCUMENTS A FOURNIR

- Justificatif de scolarité sur la CDC ou Attestation employeur sur la CDC des Côteaux Bordelais
- Copie du carnet de vaccination
- Attestation d'assurance
- Justificatif CAF / MSA ou avis d'imposition

Fait à : Le : Nom du signataire et signature :