



Dossier à déposer au guichet unique - Maison de l'Enfance – 805 rue du cdt DUBOIS à ALBERTVILLE pour valider votre inscription



FICHE DE RENSEIGNEMENTS 2024-2025

Valable du 2 septembre 2024 au 31 août 2025

ENFANCE - JEUNESSE des territoires de HAUTE COMBE DE SAVOIE (HCS) et BASSE TARENTEISE (BT)

L'ENFANT

Nom : Prénom :
 Sexe : M F Date de naissance : / /
 Etablissement scolaire fréquenté :
 Classe : Téléphone portable (pour les ados) :

RESPONSABLES LEGAUX

Quotient familial : N° allocataire CAF :
 Percevez vous l'AEEH pour votre enfant ? Oui Non

Responsable 1 : Père Mère Tuteur

Nom : Prénom :
 Adresse :

Autorité parentale : Oui Non* (* fournir le jugement)

Adresse mail (obligatoire pour toute correspondance) :

Téléphone portable : Téléphone du domicile :
 Profession : Employeur :

Responsable 2 : Père Mère Tuteur

Nom : Prénom :
 Adresse :

Autorité parentale : Oui Non* (* fournir le jugement)

Adresse mail (obligatoire pour toute correspondance) :

Téléphone portable : Téléphone du domicile :
 Profession : Employeur :

Responsable de facturation : Responsable 1 et/ou Responsable 2

Tiers solidaire de facturation : Responsable 1 et/ou Responsable 2

RENSEIGNEMENTS MEDICAUX

La loi du 25/01/20218, relatif à la vaccination obligatoire, prévoit un principe général d'admission en collectivité subordonnée par le respect de l'obligation vaccinale dans les écoles et les établissements d'enseignement scolaire et les accueils périscolaires et de loisirs

De ce fait, j'atteste que les vaccins OBLIGATOIRES de mon enfant sont à jour Oui Non
 (détail des vaccins concernés sur le règlement de fonctionnement)

Date du dernier rappel : / / (à 6 ans et entre 11 et 13 ans)

Allergies, problèmes médicaux et autres informations :

Si un **Protocole d'Assistance Individualisé** a été mis en place pour votre enfant, merci de le joindre au dossier.

SORTIES / URGENCES / ASSURANCE

Personnes autorisées à prendre l'enfant à la sortie autre que les responsables ou à être averties en cas d'urgence :

- Nom : Prénom :
Téléphone :Sortie Urgence
- Nom : Prénom :
Téléphone :Sortie Urgence
- Nom : Prénom :
Téléphone :Sortie Urgence

Compagnie d'assurance : N° de police :

AUTORISATIONS ET ATTESTATIONS DES RESPONSABLES LEGAUX

J'autorise la diffusion de l'image de mon enfant sur les supports de communication de la collectivité (papier, site internet, réseaux sociaux, ...) ou lors d'événements « publics » : Oui Non

J'autorise mon enfant (seulement pour les + de 6 ans) à quitter seul(e) :

les locaux de l'accueil périscolaire (pour Haute Combe) : OUI NON Si oui précisez l'heure :

les locaux des accueils de loisirs : OUI NON Si oui précisez l'heure :

J'autorise, en cas d'urgence, le responsable à prendre les mesures nécessaires (transport, hospitalisation, intervention d'un médecin) et d'en aviser la famille Oui Non

J'autorise mon enfant à emprunter le transport en commun (transport en minibus ou transport collectif) dans le cadre des activités proposées par le CIAS ARLYSERE, en temps extrascolaire (mercredis et vacances) Oui Non (en cas de refus, l'enfant ne pourra pas participer aux sorties organisées sur les centres de loisirs et ne pourra donc pas être pris en charge ces jours-là)

J'atteste l'exactitude des renseignements et informations transmis ci-dessus

J'atteste avoir pris connaissance du règlement de fonctionnement du service Enfance [accueil périscolaire (seulement pour Haute Combe) et des centres de loisirs] et m'engage à le respecter.

Fait à, le / /

Signatures précédées du nom-prénom des signataires (la signature de cette fiche implique son acceptation dans son intégralité)

Responsable 1 Nom et prénom

Responsable 2 Nom et prénom

TOUT DOSSIER INCOMPLET ou MAL REMPLI NE SERA PAS TRAITÉ et DÉTRUIT

RAPPEL DES PIECES A JOINDRE OBLIGATOIREMENT

- Attestation CAF du quotient familial ou de la MSA (1 par famille)
- Attestation d'assurance de responsabilité civile au nom de l'enfant
- Autorisation de prélèvement + RIB (1 par famille)
- Copie des vaccinations obligatoires de l'enfant, sous enveloppe fermée