



Accueils de Loisirs Sans Hébergement

3 – 17 ans

Dossier Unique d'Inscription **2023/2024**

Un dossier est à remplir pour chaque enfant.

Ce dossier est valable jusqu'au 31 août 2024. Il vous permettra d'inscrire votre enfant à l'accueil de loisirs du mercredi (sites des Grandes Ventes, Neufchâtel en Bray ou Saint-Saëns) et/ou pour les accueils de loisirs des vacances (sites des Grandes Ventes, Mesnières en Bray, Neufchâtel en Bray ou Saint-Saëns).

Documents obligatoires à fournir

- ☐ Justificatif de domicile de moins de 3 mois
- ☐ Pages « vaccinations » du carnet de santé de l'enfant – à défaut, fournir un certificat médical de contre-indication
- ☐ Livret de famille (copie intégrale)
- ☐ Accusé de réception du règlement intérieur
- ☐ Attestation d'assurance extrascolaire
- ☐ En cas de divorce ou de séparation, copie du jugement de divorce mentionnant la garde de l'enfant

En cas de dossier incomplet, les inscriptions ne pourront pas être validées.

Ce dossier est à remettre complété, signé et accompagné de l'ensemble des documents demandés à :

Communauté Bray-Eawy – 7 rue du Pot d'Etain – 76270 Neufchâtel en Bray

alsh@brayeawy.fr

Pour tout renseignement complémentaire, vous pouvez également contacter le 02.32.97.45.65.

Tout changement en cours d'année doit être signalé : situation familiale, déménagement, téléphone, mail, etc.

CADRE RESERVE A L'ADMINISTRATION

ALLERGIES :

AUTORISATIONS :

URGENCE :

Renseignements sur l'enfant

Nom : _____

Prénom : _____ Fille ☐ Garçon ☐

Date de naissance : _____ Lieu de naissance : _____

Adresse où vit l'enfant : _____

2^e adresse si garde alternée : _____

Renseignements sur la famille

Représentant légal 1

☐ Père ☐ Mère ☐ Autres _____

Nom : _____

Prénom : _____

Date de naissance : _____

Adresse : _____





 professionnel : _____

Adresse mail : _____

Situation professionnelle / Profession : _____

Titulaire de l'autorité parentale : ☐ Oui ☐ Non

Représentant légal 2

☐ Père ☐ Mère ☐ Autres _____

Nom : _____

Prénom : _____

Date de naissance : _____

Adresse : _____





 professionnel : _____

Adresse mail : _____

Situation professionnelle / Profession : _____

Titulaire de l'autorité parentale : ☐ Oui ☐ Non

Situation des parents :

☐ Mariés ☐ Pacsés ☐ Séparés ☐ Divorcés ☐ Veuf(ve) ☐ Union libre ☐ Célibataire

Situation de l'enfant en cas de divorce ou séparation (copie du jugement obligatoire) :

☐ Résidence principale au domicile de _____

☐ Garde alternée

☐ Autre : _____

Régime social

Caisse d'Allocation Familiale : n° d'allocataire : _____

Mutualité Sociale Agricole : _____

Autre (à préciser) : _____

☐ J'autorise la Communauté Bray-Eawy à recueillir les informations me concernant auprès de la CAF, dont mes ressources, afin de vérifier mon éligibilité aux tarifications spéciales et de simplifier mes démarches. Je prends note que si je refuse, le tarif le plus élevé s'appliquera.

Renseignements sanitaires

NOM Prénom :

Nom du médecin traitant : 

N° de sécurité sociale auquel l'enfant est rattaché :

Régime spécifique ou allergie / maladie chronique nécessitant un traitement médical particulier

* Votre enfant a-t-il un Projet d'Accueil Individualisé ? ☐ Non ☐ Oui

* Des aliments sont-ils interdits ? ☐ Non ☐ Oui Préciser : _____

* Allergie alimentaire : ☐ Non ☐ Oui Préciser : _____
(le cas échéant, fournir le PAI – un certificat d'allergologue de moins de 6 mois)

* Allergie médicamenteuse : ☐ Non ☐ Oui Préciser : _____

* Autre allergie (animaux, pollens, plantes, ...) ☐ Non ☐ Oui Préciser : _____
(le cas échéant, fournir le PAI – un certificat d'allergologue de moins de 6 mois)

* Maladie chronique (diabète, asthme, ...) : ☐ Non ☐ Oui Préciser : _____
(le cas échéant, fournir le PAI – un certificat médical de moins de 6 mois)

* Traitement :

Votre enfant suit-il un traitement ? ☐ Non ☐ Oui (joindre l'ordonnance)

☐ Dans le cas où mon enfant suit un traitement médical, j'autorise le responsable de l'ALSH à administrer le traitement ainsi que les médicaments correspondants (médicaments dans leur emballage d'origine avec la notice et marqués au nom de votre enfant).

Aucun médicament ne pourra être administré sans ordonnance.

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

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

Rubéole ☐ Oui ☐ Non
Coqueluche ☐ Oui ☐ Non
Otite ☐ Oui ☐ Non
Varicelle ☐ Oui ☐ Non
Angine ☐ Oui ☐ Non

Scarlatine ☐ Oui ☐ Non
Rhumatisme ☐ Oui ☐ Non
Rougeole ☐ Oui ☐ Non
Oreillons ☐ Oui ☐ Non

Votre enfant porte-t-il : ☐ des lunettes ☐ un appareil dentaire ☐ un appareil auditif

Vos recommandations : _____

Autorisations

☐ J'autorise mon enfant à rentrer seul dès la fin des activités.

☐ Je n'autorise pas mon enfant à rentrer seul dès la fin des activités.

ci-dessous les personnes (s) autorisée(s) à venir chercher mon enfant (en dehors des représentants légaux)

A contacter
en cas d'urgence

Nom – Prénom _____



Lien de parenté : _____

☐

Nom – Prénom _____



Lien de parenté : _____

☐

Nom – Prénom _____



Lien de parenté : _____

☐

Nom – Prénom _____



Lien de parenté : _____

☐

Nom – Prénom _____



Lien de parenté : _____

☐

☐ J'autorise

☐ Je n'autorise pas

mon enfant à participer à toutes les activités et sorties proposées par la Communauté Bray-Eawy dans le cadre de l'Accueil de Loisirs Sans Hébergement.

☐ J'autorise

☐ Je n'autorise pas

que mon enfant soit transporté en véhicule dans le cadre des activités proposées par l'ALSH.

☐ J'autorise

☐ Je n'autorise pas

que mon enfant soit photographié ou filmé afin que les services de la Communauté Bray-Eawy utilisent les images dans un but non lucratif afin de promouvoir ses activités (site internet, presse, magazine communautaire, etc.)

☐ J'autorise

le responsable de l'ALSH à prendre toutes les mesures d'urgence rendues nécessaires par l'état de santé de mon enfant, en cas de maladie ou d'accident, y compris éventuellement l'hospitalisation (et anesthésie) et m'engage à prendre en charge les frais nécessités par le traitement, en cas de maladie, accident ou hospitalisation.

☐ J'autorise

☐ Je n'autorise pas

que la Communauté Bray-Eawy utilise les adresses mail figurant sur cette fiche pour me communiquer des informations relatives à son service Action Socio-Educative. Je prends note que mes coordonnées ne seront en aucun cas diffusées à d'autres organismes.

Les informations portées sur ce formulaire sont obligatoires. Elles font l'objet d'un traitement informatisé destiné à l'organisation des Accueils de Loisirs Sans Hébergement. La Communauté Bray-Eawy est l'unique destinataire de ces données.

Conformément à la loi "informatique et libertés" du 6 janvier 1978 modifiée, vous bénéficiez d'un droit d'accès et de rectification aux informations qui vous concernent. Si vous souhaitez exercer ce droit et obtenir communication des informations vous concernant, veuillez vous adresser aux services de la Communauté Bray-Eawy.

Je soussigné, M. / Mme _____

✗ déclare exact l'ensemble des renseignements portés sur ce document.

✗ m'engage à communiquer tout changement relatif à ces informations.

Fait à : _____ Le : _____

Signature(s) :