

**DOSSIER D'ADHESION AUX SERVICES
PERISCOLAIRES ET EXTRASCOLAIRES
DE HERICOURT**

ENFANT

NOM : PRENOM :

DATE DE NAISSANCE : SEXE : Masculin Féminin

ECOLE CLASSE :

NOM DU PROFESSEUR DES ECOLES :

PERSONNE A PREVENIR EN CAS D'ACCIDENT

M. MME MLLE M. ET MME

NOM : PRENOM :

LIEN AVEC L'ENFANT :

N° ET NOM DE RUE :

CODE POSTAL : COMMUNE:

 DOMICILE :  MOBILE :

MEDECIN TRAITANT

NOM : PRENOM : SPECIALITE :

N° ET NOM DE RUE :

CODE POSTAL : COMMUNE:  :

REGIME ALIMENTAIRE : SANS PORC SANS VIANDE

ALLERGIE ALIMENTAIRE :

Prière de bien vouloir fournir le certificat médical certifiant l'allergie de l'enfant

FOYER DE RESIDENCE DE L'ENFANT :

M. MME MLLE M. ET MME M. ET MLLE FAMILLE D'ACCUEIL

NOM (S):.....PRENOM (S) :

N° ET NOM DE RUE :

CODE POSTAL : COMMUNE:

 DOMICILE :ADRESSE EMAIL :

REGIME : Allocataire CAF (Régime général) Régime spécial (MSA ou autres) Sans régime

N° ALLOCATAIRE CAF : NOMBRE D'ENFANTS A CHARGE :

SITUATION FAMILIALE : Marié(e) Pacsé(e) Vie maritale

Célibataire Séparé(e) Divorcé(e) Veuf (ve)

PERE

NOM :

PRENOM :

PROFESSION:

NOM ET DE L'EMPLOYEUR :

CP : COMMUNE :

SANS PROFESSION

 MOBILE :

 PROFESSIONNEL.....

MERE

NOM DE JEUNE FILLE :

PRENOM :

PROFESSION:

NOM ET COMMUNE DE L'EMPLOYEUR :

CP : COMMUNE :

SANS PROFESSION

 MOBILE :

 PROFESSIONNEL.....

POUR LES COUPLES SEPARES :

LA GARDE DE L'ENFANT EST ATTRIBUEE A : Père Mère Grands-parents Tuteur

Alternée d'une semaine Alternée Week-end et vacances Autres (précisez).....

.....

Coordonnées de l'autre parent:

NOM :PRENOM :

N° ET NOM DE RUE :

CP:.....COMMUNE:..... DOMICILE : MOBILE :

IMPORTANT : En cas de séparation ou divorce la copie du jugement du tribunal doit être impérativement présentée (uniquement les pages spécifiant le lieu de résidence et les modalités d'exercice de l'autorité parentale)

PERSONNES AUTORISEES A VENIR CHERCHER L'ENFANT

Je soussigné(e), **NOM** : _____ **Prénom** : _____

Représentant légal de l'enfant : _____

- Autorise mon enfant à rentrer seul à son domicile à partir de :h..... (**Enfant scolarisé en école primaire uniquement**)
- Autorise les personnes désignées ci-dessous à prendre en charge mon enfant (nous prévenir en cas de changement) :

NOM Prénom	Adresse complète	N° Téléphone	Lien avec l'enfant

AUTORISATION DE PRISE DE VUE

Je soussigné(e), **NOM** : _____ **Prénom** : _____

Représentant légal de l'enfant : _____

- Autorise la prise de vue de mon enfant dans le cadre des accueils de loisirs (pendant les temps péri et extrascolaire) et la diffusion de l'image sur des supports papiers et numériques :
- dans les locaux accueillant du public (centre de loisirs, centre social).
 - dans le bulletin communautaire qui paraît également sur le site internet de la CCPH.
 - dans le cadre de différents bilans et rapport d'activités
 - dans la presse locale.

En aucun cas ces photographies ne pourront faire l'objet d'une utilisation commerciale.

La présente autorisation est consentie à titre gratuit et ne donnera lieu en conséquence à aucune rémunération.

- N'autorise pas.

Ayant pris connaissance des conditions de fonctionnement de l'accueil périscolaire, je soussigné,
LE RESPONSABLE DE L'ENFANT, inscrit ci-dessus :

- **AUTORISE** mon enfant à participer aux différentes activités et sorties proposées par les organisateurs du centre de loisirs, y compris celles nécessitant l'utilisation d'un bus.
- **CERTIFIE** exacts les renseignements portés sur cette fiche.
- **DECHARGE** les organisateurs de toute responsabilité pour tout accident qui pourrait survenir avant ou après les heures de fonctionnement de l'accueil.
- **AUTORISE** les organisateurs à prendre toutes mesures nécessaires en cas d'urgence médicale.
- **DECLARE** avoir pris connaissance du nouveau règlement dont un exemplaire m'a été remis et m'engage à en suivre les règles établies.

Demande d'accès au portail famille.

Héricourt, le

Signature à faire précéder de la mention "Lu et Approuvé"

CADRE RESERVE A L'ADMINISTRATION

Documents joints à l'inscription

<input type="checkbox"/> Justificatif de domicile	<input type="checkbox"/> Fiche sanitaire	<input type="checkbox"/> PAI
<input type="checkbox"/> Avis imposition	<input type="checkbox"/> Carnet de santé	<input type="checkbox"/> Attestation assurance
<input type="checkbox"/> Volet règlement	<input type="checkbox"/> Attestation de vaccination	<input type="checkbox"/> RIB

Quotient familial

<input type="checkbox"/> T-2 : QF ≤ 440	<input type="checkbox"/> T-1 : 441 < QF ≤ 570	<input type="checkbox"/> T0 : 570 < QF ≤ 1501
<input type="checkbox"/> T+1 : 1500 < QF	<input type="checkbox"/> Tarif extérieur	

Type d'accueil demandé

<input type="checkbox"/> Matin	<input type="checkbox"/> Petit-déjeuner	<input type="checkbox"/> Mercredis
<input type="checkbox"/> Soir	<input type="checkbox"/> Midi	<input type="checkbox"/> Vacances
<input type="checkbox"/> T.A.P		

DOSSIER RECU PAR : ENREGISTRE PAR :