

SECTEUR JEUNES DE LA SEQUANAISE (A.L.S.H et C.L.A.S)
DOSSIER D'INSCRIPTION 2017 / 2018

Date d'ouverture du dossier :.....//.....

NOM :

Prénom :

- Règlement de 9€ de l'adhésion annuelle à La Séquanaise
- Fiche Individuelle complétée, datée et signée (recto/verso)
- fiche autorisations complétée datée et signée
- N° allocataire CAF et/ou Photocopie du dernier avis d'imposition.
Sans ces renseignements, le taux horaire sera calculé au plafond.
- Fiche sanitaire remplie datée et signée (recto/verso)
- Vaccin DT Polio à jour (Fournir la copie du carnet de vaccination)

PARTIE RESERVE A LA STRUCTURE

Dossier complet à saisir dans Noé

Saisie Noé

Fiche Individuelle

| | |
|--|---|
| Nom _____ | Prénom _____ |
| Adresse : _____ _____ | Né(e) le : _____ Sexe : _____ Nationalité : _____ |
| Téléphone : _____ <input type="checkbox"/> Liste rouge | |
| Portable : _____ | Email : _____ |

| | | | | | | | | | | | | | | | |
|---|--------------------------|---------------------------------|---------------------|----------------------------|--|--|-----------------------------|-----------------------------|--------------------------|---------------------|--|---------------------------|--|----------------------|--|
| Généralités | | | | | | | | | | | | | | | |
| <table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr style="background-color: #cccccc;"><td>Régime</td></tr> <tr> <td>Régime allocataire : _____</td> </tr> <tr> <td>Allocataire : _____</td> </tr> <tr> <td>N° Allocataire : _____</td> </tr> <tr> <td>CAF : _____</td> </tr> </table> | Régime | Régime allocataire : _____ | Allocataire : _____ | N° Allocataire : _____ | CAF : _____ | <table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr style="background-color: #cccccc;"><td>Situation financière</td></tr> <tr> <td>Nb enfants à charge : _____</td> <td>Nb enfants total : _____</td> </tr> <tr> <td>Nb de parts : _____</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Quotient familial : _____</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Date d'effet : _____</td> <td></td> </tr> </table> | Situation financière | Nb enfants à charge : _____ | Nb enfants total : _____ | Nb de parts : _____ | | Quotient familial : _____ | | Date d'effet : _____ | |
| Régime | | | | | | | | | | | | | | | |
| Régime allocataire : _____ | | | | | | | | | | | | | | | |
| Allocataire : _____ | | | | | | | | | | | | | | | |
| N° Allocataire : _____ | | | | | | | | | | | | | | | |
| CAF : _____ | | | | | | | | | | | | | | | |
| Situation financière | | | | | | | | | | | | | | | |
| Nb enfants à charge : _____ | Nb enfants total : _____ | | | | | | | | | | | | | | |
| Nb de parts : _____ | | | | | | | | | | | | | | | |
| Quotient familial : _____ | | | | | | | | | | | | | | | |
| Date d'effet : _____ | | | | | | | | | | | | | | | |
| <table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr style="background-color: #cccccc;"><td>Statistiques</td></tr> <tr> <td>Catégories Sociaux Prof : _____</td> </tr> <tr> <td>Quartier : _____</td> </tr> <tr> <td>Communauté de com. : _____</td> </tr> </table> | Statistiques | Catégories Sociaux Prof : _____ | Quartier : _____ | Communauté de com. : _____ | <table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr style="background-color: #cccccc;"><td>Mémo</td></tr> <tr> <td style="height: 50px;"></td> </tr> </table> | Mémo | | | | | | | | | |
| Statistiques | | | | | | | | | | | | | | | |
| Catégories Sociaux Prof : _____ | | | | | | | | | | | | | | | |
| Quartier : _____ | | | | | | | | | | | | | | | |
| Communauté de com. : _____ | | | | | | | | | | | | | | | |
| Mémo | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | |

| | | | | | | | |
|---|-----------------------|----------------|-------------------------|---------------------|---|-------------|--|
| Généralités | | | | | | | |
| <table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr style="background-color: #cccccc;"><td>Scolarité</td></tr> <tr> <td>Classe : _____</td> </tr> <tr> <td>Etabl. scolaire : _____</td> </tr> <tr> <td>Instituteur : _____</td> </tr> </table> | Scolarité | Classe : _____ | Etabl. scolaire : _____ | Instituteur : _____ | <table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr style="background-color: #cccccc;"><td>Mémo</td></tr> <tr> <td style="height: 100px;"></td> </tr> </table> | Mémo | |
| Scolarité | | | | | | | |
| Classe : _____ | | | | | | | |
| Etabl. scolaire : _____ | | | | | | | |
| Instituteur : _____ | | | | | | | |
| Mémo | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| <table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr style="background-color: #cccccc;"><td>Repas spéciaux</td></tr> <tr> <td style="height: 50px;"></td> </tr> </table> | Repas spéciaux | | | | | | |
| Repas spéciaux | | | | | | | |
| | | | | | | | |

| Personnes autorisées ou interdites à récupérer l'Adhérents | | | |
|--|--------------|------------|--------------|
| Interdit | Nom - Prénom | Téléphones | Lien parenté |
| <input type="checkbox"/> | _____ | _____ | _____ |
| <input type="checkbox"/> | _____ | _____ | _____ |
| <input type="checkbox"/> | _____ | _____ | _____ |
| <input type="checkbox"/> | _____ | _____ | _____ |
| <input type="checkbox"/> | _____ | _____ | _____ |
| <input type="checkbox"/> | _____ | _____ | _____ |

Fiche Individuelle

| Parents | |
|---|---|
| Parent 1 Responsable légal <input type="checkbox"/> | Parent 2 Responsable légal <input type="checkbox"/> |
| Parenté : _____ | Parenté : _____ |
| Civilité : _____ | Civilité : _____ |
| Nom : _____ | Nom : _____ |
| Prénom : _____ | Prénom : _____ |
| Profession : _____ | Profession : _____ |
| Employeur : _____ | Employeur : _____ |
| Téléphone : _____ Poste : _____ | Téléphone : _____ Poste : _____ |
| Portable : _____ | Portable : _____ |
| Parent 3 Responsable légal <input type="checkbox"/> | |
| Parenté : _____ | |
| Civilité : _____ | |
| Nom : _____ | |
| Prénom : _____ | |
| Profession : _____ | |
| Employeur : _____ | |
| Téléphone : _____ Poste : _____ | |
| Portable : _____ | |

Je (Nous) soussigné(s), responsable(s) légal(aux) de l'Adhérents certifie(ions) sur l'honneur l'exactitude des renseignements figurant sur cette fiche.

Fiche complémentaire : ALSH Secteur Jeunes La Séquanaise

Nom de l'enfant :

Prénom :

Nombre d'enfants à charge :

Quotient Familial :

Nombre de Parts :

Adresse Facebook de l'enfant :

Situation de Famille par rapport à l'autre parent :

- Marié(e)
- Pacsé(e)
- Divorcé(e)
- Concubin(e)
- Séparé(e)

Je soussigné, Mr ou Mme.....

- Autorise**
- N'autorise pas** le personnel à sortir mon enfant de l'enceinte de l'établissement pour les sorties en groupe.

- Autorise**
- N'autorise pas** le personnel à administrer à mon enfant les éventuelles médications par notre médecin et sur présentation de l'ordonnance.

- Autorise** mon enfant à rentrer seul après les activités de l'ALSH (Vacances, Mercredis, CLAS).
- N'autorise pas**

- Autorise**
- N'autorise pas** le personnel à transporter ou faire transporter mon enfant dans les véhicules de l'établissement dans le cadre des sorties en groupe.

- Autorise**
- N'autorise pas** le personnel administratif à accéder aux informations de CAFPRO.

- J'atteste sur l'honneur que mon enfant **sait nager** en eau profonde
- J'atteste sur l'honneur que mon enfant **ne sait pas nager** en eau profonde.

Signature :

Date :



INDIQUEZ CI-APRÈS :

LES **DIFFICULTÉS DE SANTÉ** (MALADIE, ACCIDENT, CRISES CONVULSIVES, HOSPITALISATION, OPÉRATION, RÉÉDUCATION) EN PRÉCISANT LES DATES ET LES **PRÉCAUTIONS À PRENDRE**.

.....
.....
.....
.....
.....
.....

4 - RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS

VOTRE ENFANT PORTE-T-IL DES LENTILLES, DES LUNETTES, DES PROTHÈSES AUDITIVES, DES PROTHÈSES DENTAIRES, ETC... PRÉCISEZ.

.....
.....
.....
.....
.....

5 - RESPONSABLE DE L'ENFANT

NOM PRÉNOM

ADRESSE (PENDANT LE SÉJOUR).....

TÉL. FIXE (ET PORTABLE), DOMICILE : BUREAU :

NOM ET TÉL. DU MÉDECIN TRAITANT (FACULTATIF).....

Je soussigné,responsable légal de l'enfant, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise le responsable du séjour à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de l'enfant.

Date :

Signature :

A REMPLIR PAR LE DIRECTEUR A L'ATTENTION DES FAMILLES

COORDONNÉES DE L'ORGANISATEUR DU SÉJOUR OU DU CENTRE DE VACANCES

.....
.....
.....

OBSERVATIONS

.....
.....
.....
.....
.....