

SECTEUR JEUNES DE LA SEQUANAISE (A.L.S.H et C.L.A.S)
DOSSIER D'INSCRIPTION 2018 / 2019

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

NOM :

Prénom :

- Règlement de 10€ de l'adhésion annuelle à La Séquanaise
- Fiche d'inscription individuelle complétée datée et signée
- Fiche Autorisations datée et signée
- Fiche sanitaire remplie datée et signée
- Photocopie du carnet vaccination stipulant que le Vaccin DT Polio est à jour.**
- N° allocataire CAF ou de l'Avis d'imposition 2018 (sur les revenus 2017)

(Sans ces informations pour l'ALSH, nous facturerons au plafond soit 14.56 € à la journée ce qui correspond à 58378 € de déclaration annuelle, avec 1 enfant à charge, résident hors Poligny)

(Partie réservée à La Séquanaise)

- Dossier complet à saisir dans Noé**
 - Saisie Noé

Fiche Individuelle

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

Généralités											
<table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <th style="background-color: #cccccc;">Régime</th> </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> <th style="background-color: #cccccc;">Situation financière</th> </tr> <tr> <td>Nb enfants à charge : _____ Nb enfants total : _____</td> </tr> <tr> <td>Nb de parts : _____</td> </tr> <tr> <td>Quotient familial : _____</td> </tr> <tr> <td>Date d'effet : _____</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> <th style="background-color: #cccccc;">Statistiques</th> </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> <th style="background-color: #cccccc;">Mémo</th> </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> <th style="background-color: #cccccc;">Scolarité</th> </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> <th style="background-color: #cccccc;">Mémo</th> </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> <th style="background-color: #cccccc;">Repas spéciaux</th> </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 : Secteur Jeunes de La Séquanaise

Nom de l'enfant :

Prénom :

Age :

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** Le personnel à sortir de l'enceinte de l'établissement
 N'autorise pas pour les sorties en groupe.

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

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

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

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

- Autorise** Le personnel à photographier ou filmer mon enfant dans la mesure où les
 N'autorise pas films et images ne seront utilisés à aucun autre usage éducatif ou inhérent à
la vie de l'établissement.

- 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.

Fait àle

SIGNATURES :

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

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