

Accueil de loisirs 11-17 ans - A.L.S.H.

DOSSIER D'INSCRIPTION 2024/2025 - Ouvert le

NOM : Prénom :

Pièces à fournir :

- Règlement de 11 € de l'adhésion annuelle à La Séquanaise (valable du 01/09/2024 au 31/08/2025)
- Fiche d'inscription remplie, datée et signée
- Fiche d'autorisations remplie, datée et signée
- Fiche sanitaire remplie, datée et signée
- Photocopie du carnet vaccination certifiant que le **Vaccin DT Polio est à jour** avec tampon du médecin
- N° allocataire CAF** **ou** copie des avis d'imposition 2024 (Sur revenus 2023)
(Sans ces informations pour l'ALSH, nous facturerons au plafond soit 17.92 € à la journée ce qui correspond à 67200 € de déclaration annuelle)
- Option :** Fournir une attestation d'aptitudes aux activités nautiques et aquatiques en ACM

L'inscription à l'accueil de loisirs de La Séquanaise ne sera validée que lorsque le dossier sera complet avec toutes les pièces demandées ci-dessus. Sans ce dossier complet vous ne pourrez inscrire votre enfant aux activités de l'accueil de loisirs.

Les informations portées sur ces formulaires sont obligatoires. Elles font l'objet d'un traitement informatisé destiné à l'inscription de votre enfant. Les destinataires des données sont : La Séquanaise. (Loi du 25 mai 2018)

Accueil de loisirs et A.L.S.H

Fiche D'inscription 2024/2025

L'Enfant

NOM : Prénom :
 Date de naissance : Sexe : Masculin Féminin
 Nationalité :
 Ets Scolaire : Classe :
 Responsabilité civile : oui non Nom de la compagnie :

Les responsables légaux

1. Mère Père Tuteur
 NOM : Prénom :
 Adresse
 Code postal : Ville
 Téléphone fixe : Téléphone portable :
 Employeur : Téléphone travail :

2. Mère Père Tuteur
 NOM : Prénom :
 Adresse
 Code postal : Ville
 Téléphone fixe : Téléphone portable :
 Employeur : Téléphone travail :

Situation Familiale entre les responsables légaux

Marié (e) Pacsé (e) Vie Maritale Divorcé Séparé € Veuf (ve)

Autre personne ayant un lien avec l'enfant

Beau-père Belle-mère Tuteur Educateur Famille d'accueil Autre (précisez) :
 Madame Monsieur
 NOM : Prénom :
 Adresse
 Code postal : Ville
 Téléphone fixe : Téléphone portable :
 Profession : Téléphone travail :

Adresse Mail

@

Renseignement allocataire

Allocataire : Monsieur Madame Régime : CAF MSA Autres N° Allocataire

Autres personnes autorisées à récupérer l'enfant

NOM	PRENOM	TELEPHONE	Lien de Parenté

Je (Nous) soussigné (ons)responsable (s) légal (aux) de l'adhérent certifie (ions) sur l'honneur l'exactitude des renseignements figurants sur cette fiche.

Le **Signature**

Accueil de loisirs de La Séquanaise

Fiche d'autorisation 2024/2025

Je (Nous) soussigné (ons)responsable (s) légal (aux) de
l'enfant :

Autorise Mon enfant à participer à toutes les activités du Secteur Jeunes
 N'autorise pas

Autorise Mon enfant à rentrer seul après les activités du Secteur jeunes
 N'autorise pas

J'ai bien pris note que mon enfant est sous la responsabilité de la structure
uniquement sur les heures de présence et sur les heures d'ouverture du Secteur Jeunes

Autorise Le personnel à transporter ou faire transporter mon enfant dans des
véhicules des transports collectifs.
 N'autorise pas

Autorise Le personnel à administrer à mon enfant des éventuels traitements prescrits
par notre médecin, sur présentation de l'ordonnance.
 N'autorise pas

Autorise Le responsable du Secteur Jeunes à accéder aux informations de CAFPRO
 N'autorise pas

Autorise La structure à utiliser dans le cadre pédagogique (publications, site
Internet...) des photos et des vidéos de mon enfant prises au cours d'activités.
 N'autorise pas

J'autorise Le Secteur Jeunes à m'envoyer des informations mails à :

@

J'autorise Le Secteur Jeunes à m'envoyer des informations par SMS au :

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

SIGNATURE :

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

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

**ATTESTATION D'APTITUDE PRÉALABLE
A LA PRATIQUE D'ACTIVITÉS NAUTIQUES ET AQUATIQUES
DANS LES ACCUEILS COLLECTIFS DE MINEURS**
(accueils relevant des articles L. 227-4 et R. 227-1 du code de l'action sociale et des familles)

Références : Code de l'action sociale et des familles : article R. 227-13 et à l'arrêté du 25 avril 2012 ; Code du sport : A322-44 et A322-66

Le test est obligatoire pour la pratique des activités de canoë-kayak et disciplines associées, nage en eau vive, voile, canyionisme, surf de mer et natation .

Il peut être effectué en piscine ou sur le lieu de l'activité pour la pratique de laquelle il est obligatoire.

Le test doit être effectué sans brassière de sécurité (circulaire du 30 mai 2012)

Date du test :

Nom et prénom du mineur :

Aptitudes vérifiées et acquises (mettre une croix dans les cases correspondantes)

- Effectuer un saut dans l'eau
- Réaliser une flottaison sur le dos pendant 5 secondes
- Réaliser une sustentation verticale pendant 5 secondes
- Franchir une ligne d'eau ou passer sous une embarcation ou un objet flottant
- Nager sur le ventre pendant 25 mètres (! Attention 50 m pour les plus de seize ans qui pratiqueront une activité voile)

Résultat du test :

satisfaisant

non satisfaisant

Personne ayant fait passer le test :

Nom et prénom :

Qualification (voir informations au verso) :

Etablissement d'appartenance :

N° de carte professionnelle d'éducateur sportif :

Signature :